

Bachelorarbeit

Ambulante Gartentherapie als Schlüssel zur sozialen Inklusion für Menschen mit psychiatri- schen Diagnosen

Katharina Bühler, Matrikelnummer: S10105161

Departement: Gesundheit
Institut: Ergotherapie
Studienjahr: ER12
Eingereicht am: 20.05.2015
Betreuende Lehrperson: Uta Jakobs, MSc OT

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	1
Abstract	2
1. Einleitung	3
1.1 Darstellung der Problemstellung.....	3
1.2 Bedeutung der Problemstellung	4
1.3 Fragestellung.....	5
1.4 Zielsetzung	5
1.5 Abgrenzung des Themas und Vorgehensweise	5
2. Methode	6
2.1 Literaturrecherchen	6
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	8
2.3. Vorgehensweise zur kritischen Würdigung.....	9
3. Theoretischer Hintergrund	10
3.1 Folgen von psychischen Erkrankungen.....	10
3.1.1 Funktionelle Folgen von psychischen Erkrankungen	10
3.1.2 Diskriminierung und Stigmatisierung	11
3.1.4 Beeinträchtigung der Occupational Identity	11
3.3 Begriffsdefinitionen bezüglich Gartentherapie	12
3.3.1 „Horticultural therapy“- Gartentherapie.....	12
3.3.2 „Therapeutic horticulture“ – therapeutisches Gärtnern.....	12
3.3.3 „Social and therapeutic horticulture“ (STH)	13
3.4 Theorien und Konzepte	13
3.4.1 Soziale Inklusion	13
3.4.2 Social Justice	16
3.4.3 Occupational Justice	16
4. Ergebnisse der Hauptstudien	18
4.1 The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behaviour (Sempik, Rickhuss, & Beeston, 2014).	18
4.2 The Impact of an Allotment Group on Mental Health Clients' Health, Wellbeing and Social Networking (Fieldhouse, 2003).	21
4.2.1 Kontext	21

4.2.2 Subjektive Erfahrungen	22
4.2.3 Betätigungsergebnisse	22
4.3 The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness (Perrins-Margalis, Rugletic, Stepanski, Schepis & Walsh, 2000).	23
4.3.1 Gruppenerfahrungen	24
4.3.2 Teilen	24
4.3.3 Lernen	24
4.3.4 Kreativität und Auswahlmöglichkeiten	24
4.3.5 Emotionale Wirkung	24
4.3.6 Erinnerung.....	25
5. Diskussion.....	26
5.1 Die Ergebnisse der Hauptstudien in den vier Bereichen der sozialen Inklusion	26
5.1.1 Lernen	26
5.1.2 Arbeiten.....	27
5.1.3 Sich engagieren	28
5.1.4 Eine Stimme haben	29
5.2 Beantwortung der Fragestellung.....	30
6. Schlussfolgerung.....	32
6.1 Zusammenfassung	32
6.2 Implikationen für die Profession.....	32
6.3 Limitationen	33
6.4 Offen gebliebene Fragen/mögliche weiterführende Fragestellungen	33
Literaturverzeichnis.....	34
Tabellenverzeichnis.....	39
Abbildungsverzeichnis.....	40
Abkürzungsverzeichnis.....	41
Glossar	42
Wortzahl.....	45
Danksagung	46
Eigenständigkeitserklärung.....	47
Anhang	48
Anhang 1 Exemplarisch dargestellte Literatursuche in zwei Datenbanken	48
Anhang 2 Formulare zur kritischen Besprechung der Hauptstudien.....	50

Anhang 3 Soziale Exklusion	62
Anhang 4 Definition von Teilhabe in der ICF der WHO	64
Literaturverzeichnis Anhang	66

Vorbemerkung

Die Urheberin dieser Arbeit wird folgend als „Verfasserin“ bezeichnet, während die Urheber der verwendeten Literatur als „Autoren“ benannt werden. Mit „Betroffene“ werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung bezeichnet.

Sofern kein geschlechtsneutrales Wort zur Verfügung steht, wird zur besseren Lesbarkeit in der vorliegenden Arbeit die männliche Schreibweise verwendet. Die männliche Schreibweise gilt dann für beide Geschlechter.

Teilweise werden englische Begriffe nicht ins Deutsche übersetzt, wenn dadurch der Sinn zu sehr verändert würde. Wörter die bei der Erstnennung im Text mit einem * versehen sind, werden im Glossar erklärt.

Die Zitate aus englischer Literatur wurden von der Verfasserin frei ins Deutsche übersetzt.

Abstract

Darstellung des Themas: Eine von vier Personen hat im Verlauf ihres Lebens eine psychische Erkrankung und wird möglicherweise mit sozialer Exklusion konfrontiert. In der Literatur werden viele positive Auswirkungen von Gartentherapie beschrieben. In der Schweiz sind jedoch aktuell keine gartentherapeutischen Projekte im psychiatrischen Setting bekannt. Betätigungen wie die Gartenarbeit sind die Essenz der ergotherapeutischen Profession.

Fragestellung: Wie fördern ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote die soziale Inklusion von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose?

Methode: Mittels einer systematischen Literaturrecherche wurden drei themenrelevante Hauptstudien gefunden, welche kritisch beurteilt wurden. Ergebnisse wurden zusammengefasst, in Bezug zur sozialen Inklusion gesetzt und diskutiert.

Relevante Ergebnisse: Ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote bieten unter anderem die Möglichkeit, Neues zu lernen sowie soziale Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern. Die Arbeit im Garten wirkt entstigmatisierend und vereinfacht die Zeitstrukturierung. Das Gruppensetting bietet gegenseitige Unterstützung, Akzeptanz und ein soziales Netz. Anfallende Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bedeuten, dass Betroffene Einfluss auf Entscheidungen nehmen können.

Schlussfolgerung: Die soziale Inklusion mit den Bereichen Arbeiten, Lernen, sich engagieren und eine Stimme haben, kann mithilfe von ambulanten Gartentherapie-Gruppenangeboten im therapeutischen Rahmen gefördert werden. Schweizer Ergotherapeuten, die ein ambulantes Gartentherapieangebot anbieten möchten, können von Erfahrungsberichten aus dem Ausland profitieren.

Keywords: mental health problems, horticulture, social inclusion, occupational therapy

1. Einleitung

Laut Jenkins, Price & Straker (2003) wird in der Einleitung die Problemstellung und deren Bedeutung dargelegt. Darauf folgen die Fragestellung der vorliegenden Arbeit, die Erläuterung von Zweck und Ziel sowie die Vorgehensweise, um die Fragestellung zu beantworten.

1.1 Darstellung der Problemstellung

Seit rund 200 Jahren wird von gesundheitsfördernden und therapeutischen Aspekten der Gartenarbeit in psychiatrischen Institutionen berichtet (Schneider-Ulmann, 2010). Lange stand dabei allerdings in erster Linie die Produktion von Nahrungsmitteln im Vordergrund (Sempik, Aldridge & Becker, 2003). So auch beispielsweise in der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK), wo bereits kurz nach der Eröffnung 1870 von Patienten berichtet wird, welche Feldarbeit verrichteten (Zurbrügg, 2008). Besonders viele Patienten führten Garten- und Feldarbeit in den Zeiträumen des Ersten und Zweiten Weltkriegs aus, wo bis zu 83% der Patienten auf dem Klinikgelände der PUK arbeiteten. 1973 aber wurden alle Gartengruppen (arbeitende Patienten unter Betreuung von Pflegenden) aufgelöst. Als Gründe dafür werden Pflegepersonalmangel, die Einführung der Ergotherapie sowie Ateliers genannt. Rund zehn Jahre später gibt es erneut Aufzeichnungen von Patienten, die im Garten der Klinik arbeiten, jedoch ohne pflegerisches oder therapeutisches Betreuungspersonal (Zurbrügg, 2008).

Die Situation der Gartentherapie in der heutigen Zeit in der Schweiz wird von Neuberger (2012) beschrieben. Demnach sind mehrere Projekte in Entwicklung, welche jeweils von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Wädenswil, wie auch von der Schweizer Gesellschaft für Gartentherapie (SGGT) unterstützt werden. Allerdings haben diese laut Föhn (2015) nicht psychiatrisches Klientel, sondern vorwiegend neurologisches oder geriatrisches Klientel (Neuberger, 2012) als Zielgruppe. Im ausserklinischen ambulanten psychiatrischen Setting sind in der Schweiz aktuell keine gartentherapeutischen Projekte/Angebote bekannt (Föhn, 2015).

Laut Clatworthy, Hinds & Camic (2013), wächst international seit einigen Jahren das Interesse an Gartenarbeit als therapeutisches Mittel im psychiatrischen Setting wieder. Besonders im Vereinigten Königreich ist die Anzahl der Gartenprojekte für vulnerable* Er-

wachsende, darunter auch jene mit psychischen Problemen, von 45 Projekten in den 1980er Jahren auf über 900 Projekte im Jahr 2005 angestiegen (Sempik, 2005, in Clatworthy et al. 2013).

Die Eignung der Gartenarbeit als therapeutisches Mittel* wird unter anderem mit der Verbundenheit des Menschen mit der Natur begründet (Schneiter-Ulmann, 2010). In ihrem Buch „Lehrbuch Gartentherapie“ zitiert Renate Schneiter-Ulmann (2010) beispielsweise den amerikanischen Soziobiologen Edward O. Wilson, welcher die Hypothese hat, dass der Mensch eine im Erbgut verankerte Zuneigung zum Leben in seinen vielfältigen Formen habe. Die Tatsache, dass der Mensch von den Pflanzen als Nahrungsquelle abhängig ist, sei ein weiterer Grund für diese Verbundenheit (Schneiter-Ulmann, 2010). Zur Beliebtheit der Pflanzen als therapeutische Mittel tragen Gemeinsamkeiten zwischen Menschen und Pflanzen wie etwa das Lebendige zusätzlich bei (Schneiter-Ulmann, 2010). Trotz dieser Hinweise auf die Eignung der Arbeit mit Pflanzen als therapeutisches Mittel, wird Gartentherapie in der Schweiz generell nur spärlich und bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen kaum eingesetzt.

1.2 Bedeutung der Problemstellung

Eine von vier Personen hat im Verlauf des Lebens eine psychische Erkrankung (Hardcastle & Hardcastle, 2003) und wird möglicherweise mit Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialer Exklusion (siehe Anhang 3) konfrontiert (Johnstone, 2001, Hardcastle et al. 2003). Ergotherapeuten unterstützen und verwenden sinnvolle Betätigung* als ein Mittel um Genesung und soziale Inklusion (siehe Kapitel 3.4.1) zu ermöglichen und zu erreichen (College of Occupational Therapists, 2006, zit. nach Smyth, Harris & Dorer, 2011, S. 323). Betätigungen wie die Gartenarbeit sind für Ergotherapeuten die Essenz der Profession (Holder, 2001). Die vielen, in der Literatur beschriebenen, positiven Auswirkungen von gartentherapeutischen Projekten (Clatworthy et al. 2013) sprechen dafür, dass dieses therapeutische Mittel auch in der Schweiz wieder vermehrt eingesetzt werden sollte.

Obwohl es Studien gibt, die schlussfolgern, dass gartentherapeutische Projekte die soziale Inklusion fördern, gibt es bis heute keine Studien, die erforschen wie sie dies tun. Die Ergebnisse der Studien, welche die Wirksamkeit von gartentherapeutischen Projekten im ambulanten psychiatrischen Bereich erforschen, wurden noch kaum im Zusammenhang mit sozialer Inklusion betrachtet.

1.3 Fragestellung

Abgeleitet von der in den Kapiteln 1.1 und 1.2 beschriebenen Problemstellung und deren Bedeutung formuliert die Verfasserin für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

Wie fördern ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote die soziale Inklusion von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose?

1.4 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist, in der Literatur beschriebene ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote zu durchleuchten, Ergebnisse zusammenzufassen und in Bezug zu sozialer Inklusion zu setzen.

1.5 Abgrenzung des Themas und Vorgehensweise

In der vorliegenden Arbeit werden gartentherapeutische Gruppenprojekte behandelt, welche im ambulanten psychiatrischen Setting stattfinden.

Ausgeschlossen wurden Studien, welche im akutpsychiatrischen Setting gemacht wurden, Studien die gartentherapeutische und andere Projekte gemeinsam evaluieren sowie Studien, die Projekte evaluieren, welche Arbeitswiedereingliederung (beispielsweise Supported Employment) beinhalten oder zum Ziel haben. Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturanalyse in Form eines Reviews.

2. Methode

Laut Jenkins et al. (2003) wird in diesem Kapitel die exakte Vorgehensweise zur Datengewinnung, also wo und wie Studien gesucht und gefunden wurden, erläutert. Die Ein- und Ausschlusskriterien, welche zur Auswahl der Hauptstudien verwendet wurden sowie die Vorgehensweise zur kritischen Würdigung der Hauptstudien werden beschrieben.

2.1 Literaturrecherchen

Die Literatursuche fand im Zeitraum von Dezember 2014 bis März 2015 statt. Um Literatur zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung zu finden, wurde in sechs Datenbanken je eine systematische Suche durchgeführt. Folgende Datenbanken wurden durchsucht: AMED (Allied and Complementary Medicine Database), CINAHL Complete (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), IBSS (International Bibliography of the Social Sciences), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), OTDBASE (Occupational Therapy journal literature search service) und PsycInfo (Psychological Information Database).

Da alle durchsuchten Datenbanken die Suche mit englischen Stichworten erforderte, wurden für die Literatursuche alle Stichworte und Synonyme auf Englisch erarbeitet. Gegebenenfalls wurden die Stichworte in den einzelnen Datenbanken den passenden Schlagwörtern zugeordnet. Die Stichworte und Schlagwörter, welche für die Suche verwendet wurden, sind in Tabelle 1 dargestellt. Mit den booleschen Operatoren* „AND“ und „OR“ und „NOT“ sowie mit Trunkierungen* wurde die Suche verfeinert. Die Titel und Abstracts der gefundenen Studien wurden von der Verfasserin gelesen, um daraus die Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung grob zu bestimmen. In den so identifizierten Studien wurden in den Literaturverzeichnissen weitere relevante Quellen gesucht. Die Volltextversionen wurden anschliessend über Datenbanken, elektronische Zeitschriften, Google Scholar oder direkte Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Autoren gesucht und gegebenenfalls beschaffen.

Tabelle 1

Verwendete Stichworte und Schlagwörter

Stichworte	Synonyme	Beispiele für Schlagwörter
Horticultur*	Natur* Garden* "Horticultural therapy" "Therapeutic horticulture"	AMED: horticulture/ CINAHL: MH "Horticulture" IBSS: "Horticulture" PsycInfo: horticulture/
Mental disorders	Mental illness Mental health problems Schizophrenia Depression Bipolar Disorder Anxiety Disorder	AMED: Mental disorders/ CINAHL: MH " Mental Health" IBSS: "Mental health" Medline: Mental Disorders/ PsycInfo: mental health/
Routine		-
Duration		CINAHL: MH "Treatment Duration"
Therapeutic relationship		AMED: Professional patient relations
Occupational identity		PsycInfo: Identity Formation
Intervention		PsycInfo: Intervention
Belonging		-
Social network*		IBSS: "Social networks"
Occupational therapy		IBSS: "Occupational therapy"
Quality of life		AMED: "quality of life"
Empowerment		CINAHL: MH "Empowerment"
Spirituality		AMED: "spirituality"
Social inclusion	Social interaction Social integration Participation Social participation	CINAHL: MH "Social Participation" Medline: Social Participation/ PsycInfo: Social Integration
Experience		CINAHL: MH „ Qualitative Studies+“
Mixed method research		Medline: Qualitative Research/
Narrative		PsycInfo: Quantitative Methods/
Qualitative		
Quantitative		
Lived experience		
Phenomenological		

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In Tabelle 2 werden die Einschlusskriterien beschrieben. Anhand dieser Kriterien wurden die Studien ausgewählt. Die Ausschlusskriterien, welche ebenfalls von der Verfasserin definiert wurden, sind in Tabelle 3 ersichtlich.

Tabelle 2

Einschlusskriterien

Einschlusskriterien	Beschreibung
Vorkommende Stichworte	Die Stichworte <i>garden/horticulture/horticultural/nature/plant</i> und <i>mental health/psychiatric</i> und <i>social/social inclusion</i> müssen im Titel oder Abstract vorkommen.
Sprache	Studien in englischer, deutscher oder französischer Sprache wurden berücksichtigt.
Alter	Studien, die zwischen 2000 und 2015 publiziert wurden, wurden berücksichtigt. Da über das Thema der ambulanten Gartentherapie für Gruppen von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wenig geforscht wurde, hat die Verfasserin entschieden, gegebenenfalls auch Studien bis zum Jahr 2000 zu verwenden.
Verfügbarkeit	Die Studien sind verfügbar.
Beschaffungskosten	Die Beschaffungskosten der Studien sind nicht höher als CHF 10.- pro Stück.

Tabelle 3

Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterien	Beschreibung
Fokus der Studie	Gartenarbeit als therapeutisches Mittel liegt nicht im Vordergrund
Setting	Das Setting, in welchem die Studie durchgeführt wurde, ist in der klinischen, stationären Psychiatrie
Therapeutisches Mittel	Es werden verschiedene Interventionen evaluiert, nicht nur Gartentherapie. Ziel ist die Arbeitswiedereingliederung.
Geografisch	Der kulturelle Kontext ist nicht westlich geprägt.

Anhand der in Tabelle 2 und 3 dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien wurden drei passende Hauptstudien gefunden.

In Anhang 1 wird anhand von zwei der sechs durchsuchten Datenbanken exemplarisch dargestellt, wie die drei in dieser Arbeit verwendeten Hauptstudien gefunden wurden.

2.3. Vorgehensweise zur kritischen Würdigung

Die drei gefundenen Hauptstudien wurden von der Verfasserin anhand des jeweilig passenden Formulars zur kritischen Besprechung bearbeitet. Für qualitative Studien wurde das „Critical Review Form – Qualitative Studies“ von Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland (2007) verwendet. Für quantitative Studien wurde das „Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien“ von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch, & Westmorland (1998) verwendet. Pro Studie ist ein Formular im Anhang 2 zu finden.

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird Hintergrundwissen, welches zum Verständnis der vorliegenden Arbeit erforderlich ist, erklärt. Nebst Erläuterungen zu den Folgen von psychischen Erkrankungen leitet die Verfasserin eine Definition für die soziale Inklusion aus den Bezugswissenschaften her, welche zur Beantwortung der Fragestellung dient. Laut Jenkins et al. (2003) ist das Definieren von in der Arbeit verwendeten Begriffen wichtig, um Missverständnissen vorzubeugen.

3.1 Folgen von psychischen Erkrankungen

3.1.1 Funktionelle Folgen von psychischen Erkrankungen

Anhand der Diagnosen Angststörung, Major Depression und Schizophrenie werden in diesem Kapitel funktionelle Folgen dieser psychischen Erkrankungen exemplarisch erläutert. Dies soll dazu dienen, einen Eindruck davon zu erhalten, mit welchen Einschränkungen Betroffene im Alltagsleben konfrontiert sein können. Dabei stützt sich die Verfasserin auf die im „diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen [DSM 5] (2015)“ beschriebenen funktionellen Folgen der oben genannten Diagnosen.

Angststörungen und spezifische Phobien können Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen in beruflichen und zwischenmenschlichen Bereichen sowie eine reduzierte Lebensqualität zur Folge haben. Eine soziale Angststörung beispielsweise geht oft mit schlechtem Allgemeinbefinden, geringer Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit, einem geringen Status in der Gesellschaft, wenig Einkommen und Beeinträchtigungen der Freizeitaktivitäten einher. Betroffene leben häufig allein (DSM 5, 2015).

Bei einer Major Depression, werden die funktionellen Folgen von Aussenstehenden nicht automatisch als grosse Last für die Betroffenen anerkannt. Die aus den Symptomen resultierenden Beeinträchtigungen können jedoch massiven Einschränkungen der Lebensführung zur Folge haben. Dies kann so weit gehen, dass Betroffene sich nicht mehr selbst versorgen können. Oft weisen Betroffene vermehrt Schmerzen auf und sind häufiger körperlich krank als andere Patienten im allgemeinmedizinischen Bereich. Das Rollenverhalten sowie die sozialen und körperlichen Funktionen nehmen ab (DSM 5, 2015).

Folgen einer schizophrenieformen Störung können signifikante soziale und berufliche Einbußen sein. Reduzierte Willenskraft und andere Manifestationen von Symptomen können eine Ausbildung und den Erhalt einer Arbeitsstelle beeinträchtigen. Viele Betroffene leben alleine und haben nur wenige soziale Kontakte ausserhalb ihrer Familie (DSM 5, 2015).

3.1.2 Diskriminierung und Stigmatisierung

Johnstone (2001) beschreibt Menschen mit psychischen Problemen und psychiatrischen Diagnosen als eine der Bevölkerungsgruppen, welche am häufigsten stigmatisiert, marginalisiert, diskriminiert und benachteiligt wird. Menschen werden anhand von zugewiesenen „Merkmalen“ diskriminiert. Diese können beispielsweise kulturelle/soziale Herkunft, Alter, sexuelle Orientierung, Hautfarbe, Geschlecht oder körperliche und kognitive Verfassung sein.

Diskriminierung führt zu verminderten Teilnahmemöglichkeiten. Beispielsweise, können Betroffene keine Leitungspositionen einnehmen, keine Stimme in der Öffentlichkeit und keine respektive schlechte Bildungschancen haben (Czollek, Perko & Weinbach, 2012). Nicht-Betroffene haben Vorurteile oder Annahmen gegenüber Betroffenen und ihrer Krankheit, die zur Diskriminierung dieser führen (Hardcastle et al., 2003).

Beispiele für Annahmen sind, dass psychische Krankheiten ein Zeichen von Charakter Schwäche, nur gespielt oder eingebildet, gefährlich für andere und nicht heilbar sind. Solche Annahmen bestehen trotz der Tatsache, dass die meisten Menschen möglicherweise eine oder mehrere betroffene Personen persönlich kennen (Hardcastle et al., 2003).

In Bezug zu psychischen Erkrankungen ist Stigmatisierung noch immer verbreitet. Das Wort Stigma bedeutet ursprünglich „Zeichen der Scham“ (Hardcastle et al., 2003). Betroffene, welche mit Stigmatisierung und Vorurteilen von der Öffentlichkeit konfrontiert sind, stigmatisieren sich laut Leff & Warner (2006) mit der Zeit selbst und akzeptieren teilweise das Bild, dass andere von Ihnen haben.

3.1.4 Beeinträchtigung der Occupational Identity

Kielhofner (2002) beschreibt Occupational Identity als eine zusammengesetzte Wahrnehmung von dem, was man ist und dem was man als tätiger Mensch werden möchte. Diese Wahrnehmung entsteht aus der individuellen Geschichte von Betätigung und Teilhabe* (Kielhofner, 2002). Unruh (2002) betont die Interaktion zwischen Occupational Identity, persönlichen Aspekten und dem Umweltkontext. Sie beschreibt, dass eine Veränderung der Gesundheit oder der Lebensumstände dazu führen kann, dass sich die Leistungsfä-

higkeit oder auch der Wunsch an Betätigungen teilzuhaben, radikal ändern kann. Vor allem betroffen seien jene Betätigungen, welche die Identität und Sinnhaftigkeit eines Menschen ausmachen (Unruh, 2004). Veränderungen der (psychischen) Gesundheit oder der Lebensumstände können demnach eine Destabilisierung der Occupational Identity zur Folge haben.

3.3 Begriffsdefinitionen bezüglich Gartentherapie

Im Folgenden werden wichtige Begriffe im Zusammenhang mit Gartentherapie erklärt und differenziert. Zur besseren Verständlichkeit übersetzt die Verfasserin einige Begriffe frei aus dem Englischen.

3.3.1 „Horticultural therapy“- Gartentherapie

Gartentherapie ist eine professionell begleitete, klientenfokussierte Behandlungsmodalität, die gärtnerische Tätigkeiten nutzt, um spezifische therapeutische Ziele oder Ziele in der Rehabilitation zu erreichen. Der Fokus liegt auf der Maximierung sozialer, kognitiver, physischer und/oder psychischer Funktionen und/oder in der allgemeinen Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens.“ (Haller, 2006, in Schneiter-Ulmann, 2010, S. 23).

Sempik (2010) ergänzt, dass Gartentherapie eine spezialisierte Art der Ergotherapie ist, wobei Pflanzen und Gärtnern die Hauptbestandteile der Therapie ausmachen.

3.3.2 „Therapeutic horticulture“ – therapeutisches Gärtnern

Trotz der vermeintlichen Ähnlichkeit unterscheidet sich der Begriff therapeutisches Gärtnern folgendermassen von der oben definierten Gartentherapie. Mit therapeutischem Gärtnern wird nicht ein bestimmtes therapeutisches Ziel verfolgt, sondern eher die globale Verbesserung des Wohlbefindens angestrebt. Dies kann durch aktive oder passive Auseinandersetzung mit Pflanzen und Gartenarbeiten geschehen (Sempik, Aldridge und Becker, 2003).

3.3.3 „Social and therapeutic horticulture“ (STH)

Dieser Begriff ist vor allem im Vereinigten Königreich gebräuchlich (Sempik, 2010). Er beschreibt einen Prozess, in dem Pflanzen und gärtnerische Tätigkeiten genutzt werden, um Wohlbefinden zu steigern. Der Fokus liegt dabei, nebst der Gartenarbeit auf der sozialen Interaktion und den sozialen Folgen (Sempik et al., 2003). Üblicherweise verrichtet eine Gemeinschaft von vulnerablen Menschen, darunter auch Menschen mit psychischen Problemen, gemeinsam gärtnerische Aktivitäten in einem (Schreber-) Garten. Ziel ist die gegenseitige Unterstützung sowie die positive Auswirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Teilnehmenden (Sempik, 2010).

3.4 Theorien und Konzepte

Im Folgenden werden Theorien und Konzepte vorgestellt, die im Zusammenhang mit der Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind. Zunächst wird das Konzept der sozialen Inklusion dargestellt. Anschliessend wird die Theorie der Social Justice erläutert, welche eng mit der sozialen Inklusion verbunden ist. Zum Schluss wird noch kurz auf die ergotherapeutische Theorie der Occupational Justice eingegangen, welche auf der Social Justice Theorie basiert.

3.4.1 Soziale Inklusion

Die soziale Inklusion wird als erwünschtes Ergebnis und auch als eine Strategie um gegen soziale Exklusion vorzugehen beschrieben (Rimmerman, 2013). Es gibt nur wenig Literatur über soziale Inklusion und noch keine eigenständige Definition des Begriffs (Rimmerman, 2013; Withford & Hocking, 2012).

Laut Whitford et al. (2012) hat selbst die Europäische Union [EU] keine eigenständige Definition von sozialer Inklusion, obwohl der Begriff in ihrer Sozialpolitik oft genannt wird. Stattdessen werde die soziale Inklusion in Relation zu Armut und der sozialer Exklusion umschrieben. Die Definition der sozialen Inklusion der EU lautet auf Englisch wie folgt:

Social inclusion is a process which ensures that those at risk of poverty and social exclusion gain the opportunities and resources necessary to participate fully in economic, social and cultural life and to enjoy a standard of living and well-being that is considered normal in the society in which they live. It ensures that they have greater participation in decision

making which affects their lives and access to their fundamental rights.
(Council of the European Union, 2004, S. 8)

Frei übersetzt ins Deutsche bedeutet dies, dass die soziale Inklusion ein Prozess ist. Dieser stellt sicher, dass Menschen, welche gefährdet sind Armut und soziale Exklusion zu erfahren, die notwendigen Möglichkeiten und Ressourcen erhalten, um vollumfänglich am wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben teilhaben zu können. Sie sollen auch einen Lebensstandard genießen können, der in der Gesellschaft in der sie leben als normal gilt. Zudem stellt die soziale Inklusion sicher, dass betroffene Menschen an Entscheidungen teilhaben, welche sie betreffen und dass ihre Grundrechte respektiert werden. Zusätzlich zum Zusammenhang von sozialer Inklusion, Armut und sozialer Exklusion, betont diese Definition die Verbindung mit der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000). Diese wurde ergänzend zu den Menschenrechten und Grundfreiheiten der Vereinten Nationen [UN] formuliert (Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2000). In der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000) ist unter anderem festgehalten, dass Diskriminierungen verboten sind. Insbesondere jene, welche wegen Merkmalen wie:

[...] des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung [...]

gemacht werden.

Auch Whiteford et al. (2012) stellen den Bezug zwischen sozialer Inklusion und den Menschenrechten der UN dar, wonach die Menschenrechte ein Rahmenkonzept bilden, durch welches soziale Inklusion ermöglicht werden kann.

Eine Definition der sozialen Inklusion, welche unabhängig von sozialer Exklusion formuliert wurde, ist die folgende:

Social Inclusion is [...] the creation of a society where all people feel valued, their differences are respected and their basic needs - both physical and emotional - are met. [...] Social Inclusion is about participation; it is a method for social justice. It is about increasing opportunities for people, especially the most disadvantaged people, to engage in all aspects of community life [...]." (Government of South Australia, 2009, zit. nach Whitford et al., 2012, S. 190)

Frei übersetzt bedeutet dies, dass die soziale Inklusion die Erschaffung einer Gesellschaft ist, in welcher Menschen Wertschätzung erhalten, ihre Unterschiede respektiert und ihre Grundbedürfnisse – physischer oder emotionaler Art - gestillt werden. Dabei geht es um Teilhabe. Soziale Inklusion ist eine Methode um Social Justice (siehe Kapitel 3.4.2) zu erlangen. Es geht darum die Möglichkeiten für Menschen zu steigern, an allen Aspekten des Gemeinschaftslebens teilhaben zu können.

Diese Definition basiert auf folgenden von der australischen Regierung formulierten Prinzipien der sozialen Inklusion:

Being socially included means that people have the resources, opportunities and capabilities they need to: **Learn** (participate in education and training); **Work** (participate in employment, unpaid or voluntary work including family and carer responsibilities); **Engage** (connect with people, use local services and participate in local, cultural, civic and recreational activities); and **Have a voice** (influence decisions that affect them) [...]." (Department of the Prime Minister and Cabinet, 2009, zit. nach Whitford et al., 2012, S. 190).

In Tabelle 4 ist eine freie Übersetzung der vorgenannten Prinzipien der sozialen Inklusion der australischen Regierung durch die Verfasserin dieser Arbeit zu finden.

Tabelle 4

Die Prinzipien der sozialen Inklusion der australischen Regierung (2009, zit. nach Whitford et al., 2012, S. 190), frei übersetzt von der Verfasserin dieser Arbeit.

Leitsatz	Bereich	Beschreibung
Sozial inkludiert zu sein bedeutet, dass Menschen die Ressourcen, Möglichkeiten und Fähigkeiten haben, welche sie benötigen um:	Zu Lernen	Teilnahme an Bildung und Ausbildung
	Zu Arbeiten	bezahlter sowie unbezahlter oder freiwilliger Arbeit nachgehen, einschliesslich Familien- und Pflegeverantwortungen
	Sich zu engagieren	Mit Mitmenschen verbunden sein, lokale Dienstleistungen nutzen, teilhaben an lokalen, kulturellen, staatsbürgerlichen und freizeitlichen Aktivitäten.
	Eine Stimme haben	Einfluss nehmen auf sie betreffende Entscheidungen

In der vorliegenden Arbeit verwendet die Verfasserin diese Prinzipien als Grundlage für das Verständnis der Ergebnisse der ausgewählten Hauptstudien.

3.4.2 Social Justice

Social Justice ist eine Partizipationstheorie, welche als Gegenteil von Diskriminierung und Unterdrückung gilt (Czollek et al., 2012). Der einzelne Mensch mit seinen individuellen Erfahrungen, Wünschen, Bedürfnissen, Zielen usw. muss demnach im Mittelpunkt stehen. Bei Social Justice geht es um die Verteilung von Gütern und um die Teilhabe an Gütern in der Gesellschaft. Vor allem beinhaltet diese Theorie partizipative Anerkennungsgerechtigkeit und auch Verteilungsgerechtigkeit sowie die damit verbundenen politischen Inhalte und Absichten (Czollek et al., 2012). Verteilungsgerechtigkeit bedeutet, dass in einer Gesellschaft Ressourcen so verteilt sind, dass alle Menschen in physischer und psychischer Sicherheit leben können. Anerkennungsgerechtigkeit bedeutet, dass kein Mensch individuell, institutionell oder kulturell diskriminiert werden darf, sondern, dass jeder einzelne partizipativ anerkannt werden soll (Young, 1990, zit. nach Czollek et al., 2012, S. 21).

3.4.3 Occupational Justice

Eng verbunden mit der Theorie der Social Justice ist das ergotherapeutische Konzept der Occupational Justice von Stadnyk, Townsend & Wilcock (2010).

Der Begriff und das Konzept wurden in den 1990er Jahren von Townsend & Wilcock entwickelt. Dies um auf die Ungerechtigkeit aufmerksam zu machen, wonach einige Menschen in ihrem Tun aufblühen und andere hingegen ein leeres, ungesundes, randständiges und gefährliches Leben fristen.

Occupational Justice legt das Augenmerk darauf, welche bedeutsamen (meaningful) und zweckgerichteten (purposeful) Betätigungen Menschen in Anbetracht ihrer persönlichen und situationsbedingten Umstände tun wollen, tun müssen und tun können (Stadnyk et al. 2010). Das Ziel ist eine Welt in der alle Menschen das gleiche Betätigungsrecht haben. Dies wäre laut Stadnyk et al. (2010) sozial inkludierend. Dahinter stehen die Annahme und der Glaube, dass es ein menschliches Grundbedürfnis ist, tätig zu sein. Die Betätigungen, welche Menschen ausführen, beeinflussen unter anderem ihre Produktivität, sozialen Beziehungen, Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe (Christiansen & Townsend, 2010). Demnach liegt der Fokus von Occupational Justice, gleich wie in der Social Justice Theorie, auf der Ermöglichung (enablement) der Teilhabe aller Menschen am gesellschaftlichen Leben (Stadnyk et al., 2010). Für Ergotherapeuten ist das Konzept der Occupational Justice ein Aufruf für gerechte Politik (policies) zu plädieren, welche die Teilhabe aller Menschen fördert (Stadnyk et al., 2010).

Die Definition von Teilhabe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF] der Weltgesundheitsorganisation [WHO] ist in Anhang 4 zu finden.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist besonders die Teilhabe an bezahlter Arbeit schwierig (Leff & Warner, 2006). Dies wird jedoch von den Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und der Gesellschaft oft als Massstab für Genesung gesehen (Leff & Warner, 2006). Laut der Occupational Justice Theorie müssten Menschen mit psychiatrischen Diagnosen denselben Zugang zur Betätigung Arbeit haben, wie Menschen ohne Diagnose.

4. Ergebnisse der Hauptstudien

In diesem Kapitel werden die Hauptstudien vorgestellt, welche zur Beantwortung der Fragestellung bearbeitet wurden. Dazu gehört jeweils eine kurze Beschreibung des Aufbaus der Studie, die Präsentation der Ergebnisse sowie die wichtigsten Punkte zur Güte der vorgestellten Studie. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 diskutiert.

4.1 The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behaviour (Sempik, Rickhuss, & Beeston, 2014).

Sempik et al. (2014) nahmen an, dass durch STH (siehe Kapitel 3.3.3) im Verlauf der Zeit unter anderem eine Verbesserung der folgenden Fähigkeiten erreicht werden kann: *Soziale Interaktion** und *Kommunikation**. Für ihre Studie untersuchten sie quantitative Daten von 143 Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen, von zwei Gartentherapieprojekten im Vereinigten Königreich. Dazu gehörten vor allem die zwei Hauptgruppen der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (n= 61, 43%) und der Menschen mit Lernschwierigkeiten (n= 56, 39.2%). Für diese zwei grossen Gruppen wurden die Daten separat analysiert. Die Studienteilnehmenden verrichteten je nach Saison, Wetter und persönlichen Fähigkeiten allgemeine Gartenarbeiten, wie sähen, eintopfen, Setzlinge ziehen, jäten sowie Garten- und Werkzeugpflege. Eine Intervention dauerte jeweils bis zu fünfeinhalb Stunden und verfügte über fixe Anfangs-, Pausen-, und Endzeiten. Die regelmässige, wöchentliche Teilnahme war das Ziel.

Die verwendeten Daten wurden mit Hilfe eines bestehenden klinischen, nicht validierten Assessment erhoben und retrospektiv, zum Zweck dieser Studie, analysiert. Die Gartentherapeuten trugen ihre Beobachtungen der Teilnehmenden zu den vier oben genannten Bereichen in Likert-Skalen* ein.

Zur Auswertung wurden die Daten von den Zeitpunkten Tag 0, 30, 60, 90, 180 und 365 mit ANOVA und t-Test Verfahren* analysiert. Um den Vergleich zwischen den Items und Messzeitpunkten zu erlauben, wurden die Effektgrössen* der Datenergebnisse berechnet. Weil sonst zu wenige Daten vorhanden gewesen wären, wurden auch Daten von Teilnehmenden verwendet, welche schon vor Einführung des Assessments am Gartentherapieprojekt teilgenommen hatten.

Die Ergebnisse zeigen, dass für alle Teilnehmenden, also nicht nur die Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, keine grossen Veränderungen im Vergleich der Messwerte aller Items von Tag 0 und Tag 30 festgestellt wurden.

Der Vergleich der Messwerte von Tag 0 und Tag 365 zeigt bei den Teilnehmenden mit psychiatrischen Diagnosen einen signifikanten Unterschied für das Item *Soziale Interaktion*. Die Ergebnisse für das Item *Soziale Interaktion* der Gruppe Menschen mit psychiatrischen Diagnosen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5

Ergebnisse des Items *Soziale Interaktion* für die Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen				
<i>Soziale Interaktion</i>				
Tag	n	Effektgrösse	CI	p
0	39			
30	31	0.15	-0.32, 0.62	0.533
90	26	0.25	-0.25, 0.75	0.325
180	13	0.53	-0.11, 1.16	0.102
365	13	0.82	0.16, 1.45	0.014*

Signifikant (*) sind p-Werte ab $p < 0.05$; n = Anzahl Teilnehmende; CI = Vertrauensintervall, Bereich, wo der Mittelwert 95 von 100 Mal vermutet wird.

Die Ergebnisse für das Item Kommunikation sind in Tabelle 6 dargestellt. Effektgrössen sind zu sehen, allerdings erreichten diese keine Signifikanz.

Tabelle 6

Ergebnisse des Items *Kommunikation* für die Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen				
<i>Kommunikation</i>				
Tage	n	Effektgrösse	CI	p
0	19			
30	17	0.11	-0.55, 0.72	0.744
90	15	0.23	-0.46, 0.90	0.514
180	4	0.89	-0.25, 1.96	0.121
365	3	0.78	-0.49, 1.99	0.224

Signifikant (*) sind p-Werte ab $p < 0.05$; n = Anzahl Teilnehmende; CI = Vertrauensintervall, Bereich, wo der Mittelwert 95 von 100 Mal vermutet wird.

Zur Güte der Studie von Sempik et al. (2014) lässt sich zusammenfassend folgendes sagen. Das Assessment, von welchem die Daten stammen, wurde nicht bei jeder Intervention für alle Teilnehmenden durchgeführt. Beispielsweise, wenn ein Patient früher gehen musste, wurde dies nicht nachgetragen. Informationen zu den gärtnerischen Aktivitäten, welche die Teilnehmenden der Studie verrichteten, wurden detailliert angegeben. Nicht genau beschrieben wurde jedoch, an welchen psychischen Erkrankungen die Teilnehmenden leiden, wie alt sie sind sowie die Dauer ihrer Erkrankung. Es wird lediglich beschrieben, dass Diagnosen „von Schizophrenie bis Depression“ vertreten waren. Solche Informationslücken erschweren die Feststellung, ob systematische Fehler begangen wurden (Law et al., 1998). Zudem stellt die Verfasserin fest, dass die Tatsache, dass Teilnehmende der Studie schon vor Beginn der Datensammlung regelmässig an den Garten-therapieprojekten teilnahmen, die errechneten Kurzeitergebnisse der Items verfälscht. Denn dadurch ist die Standardabweichung (standard deviation, SD) sehr gross, was bedeutet, dass die Daten nicht normalverteilt sind. Bei der Datenanalyse mit ANOVA und t-Test ist die Normalverteilung der Daten jedoch laut Eid, Gollwitzer und Schmitt (2013) Voraussetzung, da sonst die Ergebnisse verzerrt werden.

4.2 The Impact of an Allotment Group on Mental Health Clients' Health, Well-being and Social Networking (Fieldhouse, 2003).

Fieldhouse (2003) nahm aufgrund vorheriger Studienergebnisse an, dass besonders das soziale Netzwerk in der Gruppentherapie dazu beiträgt, dass viele Menschen mit psychiatrischen Diagnosen trotz Schwierigkeiten regelmässig an der Therapie teilnehmen. Mit dieser qualitativen Studie, welche im Vereinigten Königreich durchgeführt wurde, wollte er herausfinden und verstehen, welchen Wert die einzelnen Mitglieder in der Gruppentherapie sahen. Um möglichst viele Informationen zum Prozess des sozialen Netzwerks in der Gruppe zu erhalten, wurden halbstrukturierte Tiefeninterviews und ein Fokusgruppen-Interview mit den neun Teilnehmenden durchgeführt.

Die Daten wurden kategorisiert, eine qualitative Analyse ausgeführt und die Kategorien anhand von Aussagen der Teilnehmenden verstärkt. Zum Schluss wurden Beziehungen zwischen den Kategorien hergestellt.

In der Datenanalyse wurden die folgenden drei Themen identifiziert. Den Kontext (externe Faktoren), die subjektiven Erfahrungen (intrapersonelle Faktoren) sowie die Betätigungsperformanz und deren Veränderung mit der Zeit. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Ergebnisse der Studie von Fieldhouse (2003) werden nun vorgestellt.

4.2.1 Kontext

Sich mit einer normalen Arbeit in einem lebensnahen Setting zu betätigen, empfanden die Teilnehmenden als entstigmatisierend.

„Kevin (über das Gärtnern): 'Ich denke es ist etwas, das sehr viele von uns tun [...]. Ich meine, du weisst schon, Millionen von Menschen tun es'.“

Durch die Arbeit in der physischen Umgebung des Gartens fühlten sich die Teilnehmenden mehr eingestimmt mit saisonalen Veränderungen und dem Vergehen der Zeit (passage of time). In diesem Zusammenhang beschrieben die Teilnehmenden auch eine verschärfte Wahrnehmung der Unmittelbarkeit der Gegenwart, was ihnen half die Zeit im Allgemeinen zu strukturieren.

Das soziale Umfeld wurde als akzeptierend, sicher und unterstützend empfunden. Die Kommunikation und der Austausch in der Gruppe waren aufgrund der gemeinsamen Erfahrungen und des gemeinsamen Vorhabens erleichtert.

4.2.2 Subjektive Erfahrungen

Teilnehmende beschrieben einen „klaren Kopf“ oder eine „andere Art des Denkens“, wenn sie sich im Schrebergarten aufhielten. Sie empfanden verbesserte Konzentration, bis hin zu Flow-Erleben*, Faszination für wachsenden Pflanzen und ein Gefühl der verbesserten persönlichen Handlungsmächtigkeit* (personal agency).

“Tim: ‘Nur zuzusehen wie Pflanzen wachsen – Pflanzen zu studieren – besonders, wie sie einfach ein Stück Draht finden und daran hochklettern. Ich denke das ist erstaunlich ... Es ist als hätten sie ihre eigenen Augen! [lacht]. ‘.”

Alle Teilnehmenden fühlten sich stark mit der Gruppe verbunden.

4.2.3 Betätigungsperformanz

Anhand der Reflexion über neu mobilisierte Fertigkeiten und Erfolge entstanden Ziele.

„Alex: ‘Man sammelt Erfahrungen. Wenn ich von den Medikamenten wegkomme, ich ganz hundert Prozent bin und es mir gut geht, dann kann ich meine Fähigkeiten nutzen - sie in meinen Lebenslauf schreiben.“

Die Teilnehmenden beschrieben, wie sie dank des regelmässigen Zugangs zu einem sozialen Netzwerk (Gartentherapiegruppe) voneinander lernten und sich ein Vorbild an anderen Betroffenen nehmen konnten. Auch die Vorzüge von regelmässigem Zugang zu einem sozialen Netzwerk, in dem die Teilnehmenden Freundschaften und gegenseitige Unterstützung erfuhren, wurden positiv betont.

Die Teilnehmenden fühlten sich in der Gruppe befreit und hatten mehr Selbstvertrauen um zu improvisieren und zu experimentieren.

“Kevin: ‘Wenn du mit anderen Menschen bist, kannst du Sachen ausprobieren. `Realitätsüberprüfung, nennt man das, glaube ich... Man bekommt hoffentlich Rückmeldungen zu dem was man sagt. Diese würde man nicht bekommen, wenn man die Strasse runter geht und mit jemandem spricht, weil der sonst denken würden, dass man ein Irrer ist‘.“

Zur Güte der Studie von Fieldhouse (2003) lässt sich zusammenfassend folgendes sagen. Wie die Teilnehmenden rekrutiert wurden, ist genau beschrieben. Auch demografische Daten und Informationen zu den Diagnosen der Teilnehmenden wurden gegeben. Nicht beschrieben wurde jedoch, wie der Ablauf der Interventionen war, was sie beinhalteten

und wo genau diese stattfanden. Laut Letts et al. (2007) ist aber auch eine genaue Beschreibung des Settings notwendig um die Übertragbarkeit in andere Umgebungen machen zu können.

4.3 The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness (Perrins-Margalis, Rugletic, Stepanski, Schepis & Walsh, 2000).

Diese qualitative Studie von Perrins- Margalis et al. (2000) hatte zum Ziel, die Erfahrungen von Teilnehmenden eines Gartentherapieprojekts detailliert zu beschreiben und festzuhalten. Die zehn Teilnehmenden waren allesamt Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Diese nahmen freiwillig und regelmässig an einem Gartentherapieprojekt in einem psychosozialen/beruflichen Rehabilitations-Clubhaus* in den Vereinigten Staaten Amerikas teil. Der Fokus der Studie lag auf den Auswirkungen von Gartentherapie auf die subjektive Lebensqualität der Betroffenen. Dabei stützten sich die Forscher auf das Konzept der Lebensqualität nach Zahn (1992, zit. nach Perrins-Margalis et al., 2000).

Die Teilnehmenden wurden nach jeder Intervention aufgefordert, vorgegebene offene Fragen schriftlich zu beantworten. Zusätzlich machten die Forscher während den Interventionen Beobachtungen und notierten sich diese individuell. Es wurden hermeneutisch-phänomenologische* Untersuchungstechniken angewendet. Am Ende des sechswöchigen Programms wurden die Antworten und Notizen von allen Forschenden analysiert um Kategorien zu bilden. Unklarheiten wurden zusätzlich noch in individualisierten, halb-strukturierten Interviews angesprochen. Alle Kategorien wurden mit Aussagen der Teilnehmenden hinterlegt und somit verstärkt. Um gemeinsame Themen zu finden, wurden die Kategorien noch untereinander analysiert.

Sieben Hauptthemen wurden von den Forschern identifiziert: Gruppenerfahrungen, Teilen, Lernen, sensorische Aspekte, Kreativität und Auswahlmöglichkeiten, emotionale Wirkungen und Erinnerungen.

Zu den sensorischen Aspekten werden in der vorliegenden Arbeit keine Ergebnisse aufgeführt, weil sie in Bezug zur sozialen Inklusion nur eine vergleichsweise kleine Rolle spielen. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Ergebnisse werden nun vorgestellt.

4.3.1 Gruppenerfahrungen

Der Gruppenkontext erlaubte es den Teilnehmenden Arbeiten zu ihrer Zufriedenheit zu verrichten und Erfolgserlebnisse zu haben. Teilnehmende die weniger motiviert waren, fanden in der Gruppe Unterstützung. Für jene, die Schwierigkeiten hatten kreativ zu sein, war es beruhigend sich von anderen inspirieren zu lassen. Diejenigen die sonst eher unabhängig arbeiteten, konnten erfolgreich Hilfe von anderen annehmen, um beispielsweise eine Aktivität zu beenden. Die Teilnehmenden bezeichneten die Gruppe als Team. Sie erkannten eigene Rollen, welche sie in der Gruppe einnahmen. Die interaktiven Erfahrungen waren ein wichtiger Bestandteil der Gruppetherapie.

4.3.2 Teilen

Das Teilen war ebenfalls ein bedeutender Teil der Gartentherapie in der Gruppe. Die Teilnehmenden teilten Produkte, die sie geerntet und hergestellt hatten mit Freunden, Angehörigen und Nachbarn. Untereinander teilten sie Gegenstände, Ideen, Fähigkeiten und Strategien, um die Gartenaktivitäten zu erledigen. Ebenso wurden Erinnerungen, Lebensgeschichten, Erfahrungen und Interessen an ähnlichen Aktivitäten ausgetauscht.

4.3.3 Lernen

Die Gelegenheit zu lernen empfanden die Teilnehmenden als sehr bereichernd. Viele hatten noch nie an ähnlichen gärtnerischen Aktivitäten teilgenommen. Auch Herausforderungen waren Teil des Lernens. Weiter wurden Lernerfahrungen von den Teilnehmenden dadurch ausgedrückt, dass sie Interesse an den Aktivitäten bekundeten, sich auf die Aufgaben konzentrierten, Fragen stellten und regelmässig an den Interventionen teilnahmen.

4.3.4 Kreativität und Auswahlmöglichkeiten

Die Teilnehmenden wählten Werkzeuge, Objekte und Materialien selber aus, um ihre eigenen Produkte herzustellen.

„Während des Interviews erzählte Brenda: 'Ich genoss die Wahlfreiheit in den Aktivitäten'.“

4.3.5 Emotionale Wirkung

Die meisten Gartenarbeiten waren für die Teilnehmenden entspannend und/oder Stressabbauend.

4.3.6 Erinnerung

Die Arbeit im Garten weckte oft Erinnerungen an vergangene, positive Erlebnisse. Oft standen diese im Zusammenhang mit der Kindheit, Bezugspersonen und Orten, die eine persönliche Bedeutung hatten.

Zur Güte der Studie von Perrins-Margalis et al. (2000) lässt sich zusammenfassend folgendes sagen. Die Glaubwürdigkeit wurde durch mehrere Methoden gewährleistet. Hingegen wurden keine genauen Angaben zu demografischen Informationen und der Medikation der Teilnehmenden gemacht. Laut Letts et al. (2007) müssen genügend Informationen gegeben sein, um die wichtigsten Charakteristiken der Teilnehmenden nachvollziehen zu können. Ansonsten ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse in andere Umgebungen erschwert oder nicht möglich.

5. Diskussion

Laut Jenkins et al. (2003) werden in diesem Kapitel die Ergebnisse erklärt und mit anderen Studien verglichen. Die Fragestellung wird ebenfalls beantwortet.

Um die Diskussion zu strukturieren und damit besser verständlich zu machen, verwendet die Verfasserin die in Kapitel 3.4.1 vorgestellten Prinzipien der sozialen Inklusion mit den Bereichen: **Lernen, Arbeiten, sich engagieren** und **eine Stimme haben**.

5.1 Die Ergebnisse der Hauptstudien in den vier Bereichen der sozialen Inklusion

Um die Fragestellung zu beantworten, wie die ambulante Gartentherapie die soziale Inklusion von Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose fördert, werden die Ergebnisse der drei Hauptstudien in Zusammenhang mit den vier Bereichen der sozialen Inklusion gesetzt.

5.1.1 Lernen

Die zwei qualitativen Hauptstudien von Perrins-Margalis et al. (2000) und Fieldhouse (2003) kamen zum Ergebnis, dass Gartentherapie die Gelegenheit bietet, Neues zu erlernen oder bereits zuvor erworbene Fähigkeiten aufzufrischen. Die Gelegenheit zu lernen, wurde von den Teilnehmenden der Studie von Perrins-Margalis et al. (2000) als sehr bereichernd beschrieben. Auch die Teilnehmenden einer Studie über ein gartentherapeutisches Programm für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Hong Kong, bezeichneten die Möglichkeit zu lernen als positiv (Kam & Siu, 2010). Dass ein Garten Potenzial für das Erlernen von Fähigkeiten bietet, bestätigen auch Bowker & Tearle (2007). Diese führten eine Studie mit Grundstufenschülern in Indien, Kenia und Grossbritannien durch. Die Schülerinnen und Schüler nahmen wahr, wie der Garten es ihnen ermöglichte neue Fähigkeiten (beispielsweise Umgang mit Werkzeug, Verständnis von gelernten Schulinhalten, globale Zusammenhänge) zu erlernen und damit bessere Ergebnisse (beispielsweise mehr Ernte und verbesserte Schulnoten) zu erlangen. Es ist also durchaus denkbar, dass der Garten unabhängig vom Alter der Menschen die darin arbeiten, ein bereicherndes Lernfeld bietet.

Ein weiterer Lernaspekt der Gartentherapie in der Gruppe ist das voneinander Lernen und einander als Vorbilder nehmen (Fieldhouse, 2003). Auch Horghagen, Fostvedt & Alsaker

(2014), die eine Studie zu Gruppentherapien mit kreativen Mitteln (Textil, Glas, Holz usw.) durchführten, bestätigen dies. Daraus schliesst die Verfasserin, dass dank des Gruppensettings das voneinander Lernen, unabhängig von der Art der gemeinsamen Tätigkeit, ermöglicht wird. Auch die Ergebnisse der quantitativen Studie von Sempik et al. (2014) zeigen, dass die Gruppengartentherapie über eine längere Zeitspanne zu einer Verbesserung der sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten führte. Im Gruppenkontext wurden also Lernprozesse gemacht, die zu vorgenannten messbaren Verbesserungen geführt haben.

Den Ergebnissen von der Studie von Fieldhouse (2003) ist zu entnehmen, dass das Reflektieren über neu erlernte Fähigkeiten die Teilnehmenden dazu anregt, neue Ziele zu entwickeln. Dass das Gärtnern die Möglichkeit dazu bietet, beschreibt auch Unruh (2004). Die Verfasserin sieht darin ein Potenzial des Lernens in der Gartentherapie, da es den Teilnehmenden erlaubt, Hoffnung und Optimismus zu haben. Laut Deegan (1996) ist Hoffnung ein wichtiger genesungsfördernder Aspekt für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Und nicht zuletzt beschreibt Perrins-Margalis et al. (2000), wie die Lernerfahrungen der Teilnehmenden auch durch offensichtliches Interesse an den Aktivitäten, der Konzentration auf die Aufgaben, dem Stellen von Fragen und der regelmässigen Teilnahme an den Therapie-Einheiten ausgedrückt wurden.

5.1.2 Arbeiten

Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass sich die Teilnehmenden durch die regelmässige Arbeit im Garten mehr mit der Zeit verbunden fühlten, was ihnen dabei half, diese zu strukturieren (Fieldhouse, 2003). Dies beschrieb auch Townsend (2011). Sie bezeichnet das „Organisieren der Zeit und des Orts“ als einen Aspekt der aktiven Betätigung eines Menschen. Die regelmässige, vielleicht wöchentliche Teilnahme an einer Gruppengartentherapie kann demzufolge dazu beitragen, dass Betroffene ihre Zeit besser strukturieren können. Dies, so vermutet die Verfasserin, kann wohl aber auch von andere Therapieangeboten behauptet werden.

Dass die Arbeit im Garten bei den Teilnehmenden fast ausschliesslich positive Erinnerungen an vergangene Erlebnisse weckt (Perrins- Margalis et al., 2000), könnte damit zusammenhängen, dass der Garten laut York & Wiseman (2012), von Menschen mit psychi-

atrischen Diagnosen oft als neutraler Boden gesehen wird, wo weder ihre Krankheit noch die Therapie im Vordergrund steht.

Der Arbeit im Garten, schreiben die Teilnehmenden der Studien von Fieldhouse (2003) und Perrins-Margalis et al. (2000) entspannende, stressabbauende und konzentrationssteigernde Auswirkungen zu. Ebenfalls ermögliche sie eine intensive Vertiefung mit der Betätigung Gärtnern, was bis zu Flow-Erlebnissen führen könne (Fieldhouse, 2003; Perrins-Margalis et al., 2000). Laut Csikszentmihalyi (1992, zit. nach Martin, Sadlo & Stew, 2012, S. 56) sind Flow-Erfahrungen nur dann möglich, wenn die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und der Schwierigkeitsgrad der Betätigung kompatibel sind. Die Verfasserin schliesst daraus, dass diese positiven Erfahrungen auch deshalb entstehen konnten, weil die natürliche, lebensnahe Umgebung und die Betätigung Gärtnern eine wertfreiere Plattform bietet, in der die Teilnehmenden sich nicht oder nur wenig stigmatisiert fühlten (Fieldhouse, 2003).

Die in den Hauptstudien beschriebenen Ergebnisse zum Bereich Arbeit beziehen sich nicht auf bezahlte Arbeit, da es sich um das Gärtnern im therapeutischen Setting handelt. Positive Auswirkungen der Teilhabe an bezahlter Arbeit, wie beispielsweise finanzielle Sicherheit, mehr Selbstvertrauen und Lebensqualität, weniger Klinikaufenthalte und die Vergrößerung des sozialen Netzes (Leff & Warner, 2006) werden durch die Gartentherapie nur teilweise erreicht.

5.1.3 Sich engagieren

Sowohl Perrins-Margalis et al. (2000), wie auch Fieldhouse (2003) kommen zum Ergebnis, dass die interaktiven Erfahrungen in der Gruppe ein wichtiger Bestandteil der Gruppengartentherapie sind. Die Verbesserung der sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten (Sempik et al., 2014) sieht die Verfasserin als eminenten Beitrag um sich zu engagieren, mit Mitmenschen verbunden zu sein und teilzuhaben am gesellschaftlichen Leben.

Fieldhouse (2003) kommt zum Ergebnis, dass die Teilhabe an gemeinsamen Erfahrungen und das gemeinsame Vorhaben in der Gruppe die Kommunikation und den Austausch zwischen den Teilnehmenden erleichterte und zu einem akzeptierenden, sicheren und unterstützenden Milieu führten. Ebenso kamen Gonzalez, Hartig, Patil, Martinsen & Kirkevold (2011) zum Ergebnis, dass die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, der gegenseitige Respekt und das Teilen einer gemeinsamen Situation von den Teilnehmern ihrer Studie

(Menschen mit Depressionen) geschätzt wurden. Sie betonen jedoch auch, dass der Gruppenkontext für manche der Teilnehmenden herausfordernd gewesen sei (Gonzalez et al., 2011).

Interessanterweise kam keine der Hauptstudien zum Ergebnis, dass der Gruppenkontext zu grossen Schwierigkeiten führte. So wurden von Fieldhouse (2003) ausschliesslich Vorteile von regelmässigem Zugang zu einem sozialen Netzwerk beschrieben. Auch Perrins-Margalis et al. (2000) betonen die gegenseitige Unterstützung und die Zufriedenheit der Teilnehmenden in der Gruppe. Das Gruppensetting habe dazu geführt, dass die Teilnehmenden eigene Rollen erkannten, die sie in der Gruppe einnehmen konnten (Perrins-Margalis, 2000). Die Möglichkeit eine neue Rolle für sich selbst zu finden, kann positiv gewertet werden, weil eher der Verlust von Rollen mit schwierigen Identitätskrisen identifiziert wird (Unruh, 2004).

Der einzige negative Aspekt des Gruppensettings, wird von Perrins-Margalis et al. (2000) beschrieben. Demnach wurde das Teilen von Gegenständen in der Gruppe von wenigen Teilnehmenden als frustrierend und schwierig empfunden. Gleichzeitig werden jedoch viele positive Aspekte des Teilens in der Gruppe genannt (Perrins-Margalis et al., 2000). Unter Anderem wurden Produkte mit aussenstehenden Personen (Angehörigen, Freunden, Nachbarn) geteilt. Dies ist der einzige Hinweis aus den drei Hauptstudien, dass die Teilnahme an der Gruppengartentherapie auch die Verbindungen zu Menschen ausserhalb der Therapiegruppe fördern kann.

5.1.4 Eine Stimme haben

Zu diesem Bereich lässt sich aus den Hauptstudien nur ein Ergebnis der Studie von Perrins-Margalis (2000) zuordnen. Dieses beschreibt, dass die Teilnehmenden selbständig Werkzeuge, Objekte und Materialien auswählen konnten, welche sie verwenden wollten. Diese Entscheidungsfreiheiten betonten die Teilnehmenden als sehr positiven Aspekt der Gartentherapie. Townsend (2011) beschreibt, eine Wahl zu haben und Entscheidungen treffen zu können, bedeute Kontrolle über sich selbst und die Umwelt auszuüben. So sei eine Betätigung auszuwählen und daran teilzuhaben essentiell um psychische Probleme anzugehen (Townsend, 2011).

Die Verfasserin sieht die Tatsache, dass die Teilnehmenden der Hauptstudien jeweils aus freiem Willen ein ambulantes, gartentherapeutisches Angebot besuchten, als einen weite-

ren Aspekt, wie diese Menschen Einfluss auf sie betreffende Entscheidungen genommen haben. Allerdings ist zu hinterfragen, ob den Betroffenen jeweils diverse ambulante Angebote als Alternativen zur Verfügung stehen, aus denen eine individuelle Wahl getroffen werden kann.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Gruppengartentherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen im ambulanten Setting kann einiges zur sozialen Inklusion der Betroffenen beitragen. Die Hauptstudien liefern Ergebnisse, welche sich in die vier Prinzipien der sozialen Inklusion, Lernen, Arbeiten, sich engagieren und eine Stimme haben einteilen lassen. Demnach bietet Gartentherapie in der Gruppe die Möglichkeit Neues zu lernen, Fähigkeiten aufzufrischen, Herausforderungen zu meistern, soziale Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern sowie in der Gruppe voneinander zu lernen.

Ebenfalls ist Gartenarbeit eine Betätigung, welche für die Teilnehmenden positive Auswirkungen auf das Stressempfinden und das Konzentrationsvermögen haben kann. Der Garten selbst und die Arbeit darin ermöglicht es den Betroffenen ihre Zeit besser strukturieren zu können und generiert positive Erfahrungen. Das lebensnahe und natürliche Setting im Garten, bietet eine entstigmatisierende Umgebung für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die interaktiven Erfahrungen in der Gruppentherapie sind von grosser Bedeutung. Die gemeinsamen Erfahrungen und Pläne lassen die Gruppen zu Teams werden, was gegenseitige Unterstützung, Akzeptanz und ein soziales Netz bedeutet. Das Verbundensein mit anderen bedeutet nicht nur, dass sich die sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten mit der Zeit verbessern, sondern auch, dass Materielles sowie Immaterielles in der Gruppe geteilt wird. Auch Kontakte zu Menschen ausserhalb der Gruppe können erleichtert werden. Gutman (2005) schreibt, dass soziale Isolation und eine bestehende psychische Erkrankung Risikofaktoren für die Suizidalität von Menschen sind. Demnach sind die interaktiven und sozialen Erfahrungen in der Gruppe wertvoll für die Betroffenen.

Die freiwillige Teilnahme an einem Gruppengartentherapieangebot und die bei der Gartenarbeit anfallenden Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten bedeuten, dass Betroffene in diesem Rahmen Entscheidungen, welche sie betreffen fällen können.

Trotz all dieser positiven Auswirkungen muss in Frage gestellt werden, ob überhaupt im Rahmen einer Therapieform wie der ambulanten Gartentherapie von sozialer Inklusion in der Gesellschaft gesprochen werden kann (Eink & Weber, 2015). Die Verfasserin ist der Meinung, dass dieses kritische Hinterfragen durchaus berechtigt ist. Denn mit der sozialen Inklusion in der Gartentherapie-Gruppe ist die soziale Inklusion in der Gesellschaft noch nicht erreicht. Laut Teissling (2015) haben wohnortnahe, ganztägige ambulante Rehabilitationsangebote, die im sozialen Umfeld der Betroffenen angeboten werden, das Potenzial Barrieren der gesellschaftlichen Teilhabe für Betroffene abzubauen. Weiter beschreibt sie, wie diese Angebote im Stadtteil (oder der Gemeinde) integriert werden sollten. Ambulante Gartentherapie in der Gruppe, welche in einer Gemeinde oder einer Gemeindenahen Umgebung angeboten wird, kann demnach als Möglichkeit gesehen werden, um die soziale Inklusion von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu fördern. Ein solches Angebot soll jedoch, nach Meinung der Verfasserin, nicht als einzige Massnahme zur sozialen Inklusion von Betroffenen in der Gesellschaft gesehen werden, sondern als einen (ersten) Schritt zur vollständigen sozialen Inklusion, inklusive bezahlter Arbeit, für Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose.

6. Schlussfolgerung

In diesem Kapitel wird der Zweck dieser Arbeit nochmals erläutert und die Hauptergebnisse kurz zusammengefasst (Jenkins et al. 2003). Des Weiteren werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit kritisch dargelegt, die Implikationen für die Praxis diskutiert und offene gebliebene Fragen erläutert.

6.1 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die bestehende Literatur zu ambulanten Gartentherapie-Gruppenangeboten zu durchleuchten, Ergebnisse zusammenzufassen und in Bezug zur sozialen Inklusion zu setzen.

Anhand der Ergebnisse der drei Hauptstudien von Sempik et al. (2014), Fieldhouse (2003) und Perrins-Margalis et al. (2000) kommt die Verfasserin zum Ergebnis, dass durch ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote die vier Bereiche der sozialen Inklusion Lernen, Arbeiten, sich engagieren und eine Stimme haben im therapeutischen Rahmen gefördert werden können.

Die Verfasserin hinterfragt jedoch, ob damit auch die soziale Inklusion im nicht-therapeutischen, gesellschaftlichen Leben der Betroffenen gefördert wird. Das Potenzial der Gartentherapie als ergotherapeutisches Mittel, um die soziale Inklusion von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu fördern, wurde in der vorliegenden Arbeit literaturgestützt hergeleitet.

6.2 Implikationen für die Profession

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird klar, dass die Gartenarbeit als therapeutisches Mittel in der Ergotherapie viele Vorteile mit sich bringt. Viele Menschen kennen diese Tätigkeit und haben vielleicht selbst schon Erfahrungen damit gesammelt. Auch wird Gartenarbeit nicht direkt mit Therapie in Verbindung gebracht, was entstigmatisierend wirkt. Gerade für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, welche oft stigmatisiert und diskriminiert werden, kann dies sehr wertvoll sein. Die Ergebnisse zeigen, dass Gartentherapie das Potenzial hat, die soziale Inklusion von Betroffenen zu fördern, jedoch nur in einem begrenzten Rahmen. Ein ambulantes gartentherapeutisches Angebot für Betroffene kann also keinesfalls als einzige Massnahme zur Förderung der sozialen Inklusion von Be-

troffenen gesehen werden. Ergänzende Unterstützungsangebote zur beruflichen Rehabilitation sind zusätzlich notwendig.

In der Schweiz, wo die Gartentherapie in der Therapie von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen noch kaum Verwendung findet, ist ein enormes Entwicklungspotenzial dafür vorhanden. Im Ausland, besonders im Vereinigten Königreich machen viele Ergotherapeuten positive Erfahrungen mit ambulanter Gartentherapie. Ihre Arbeit kann als Vorbild für die Ergotherapeuten in der Schweiz dienen, welche ein ambulantes Gartentherapieangebot anbieten möchten.

6.3 Limitationen

Beim Lesen und Interpretieren der Hauptstudien, war es schwierig abzuschätzen, ob Ergebnisse von den Autoren weggelassen wurden, welche für diese Arbeit vielleicht von Nutzen gewesen wären. Alle drei Hauptstudien haben andere Ziele verfolgt, als herauszufinden, wie die Gartentherapie die soziale Inklusion fördert. Die Studie von Sempik et al. (2014) wurde mangels anderer passender Literatur trotz methodischer Fehler in dieser Arbeit verwendet. Alle verwendeten Hauptstudien wurden in westlichen Ländern (Vereinigtes Königreich und Vereinigte Staaten) durchgeführt. Die Verfasserin weist darauf hin, dass die Übertragbarkeit auf die Schweiz trotz den vergleichbaren kulturellen und sozioökonomischen Aspekten mit Vorsicht gemacht werden sollte. Eine Aussage über die Auswirkungen der ambulanten Gruppengartentherapie auf die soziale Inklusion der Betroffenen im gesellschaftlichen Rahmen, also nicht nur in der Therapie, kann anhand dieser Arbeit nicht gemacht werden.

6.4 Offen gebliebene Fragen/mögliche weiterführende Fragestellungen

Aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeit sind weitere Fragen entstanden, denen nachzugehen es sich lohnen würde. Beispielsweise könnte der Frage nachgegangen werden, ob ambulante Gartentherapie-Gruppenangebote die soziale Inklusion der Betroffenen auch ausserhalb der Therapie fördern. Interessant wäre auch, ob die ambulanten Gartentherapie-Gruppenangebote die Chancen für Betroffene erhöhen eine bezahlte Arbeit zu finden. Dafür müsste auch bestehende Literatur zu beruflichen Rehabilitationsprogrammen systematisch durchsucht werden.

Literaturverzeichnis

- Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften (2000). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union*. Heruntergeladen von http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_discrimination/l33501_de.htm am 09.04.2015
- Barry, B. (2002). Social Exclusion, Social Isolation, and the Distribution of Income. In J., Hills, J., Le Grand & D., Piachaud (Hrsg.), *Understanding Social Exclusion* (S. 13-29). Oxford: Oxford University Press
- Bowker, R. & Tearle, P. (2007). Gardening as a learning environment: A study of children's perceptions and understanding of school gardens as part of an international project. *Learning Environment Research*. 10, 83–100. doi:10.1007/s10984-007-9025-0
- Clatworthy, J., Hinds, J. & Camic, P., M. (2013). Gardening as a mental health intervention: a review. *Mental Health Review Journal*. 18, 4, 214-225. doi:10.1108/MHRJ-02-2013-0007
- Council of the European Union. (2004). *Joint report by the Commission and the Council on social inclusion*. Brüssel:
- Czollek, L., C., Perko, G. & Weinbach, H. (2012). *Praxishandbuch Social Justice und Diversity*. Weinheim: Beltz Juventa
- Deegan, P., D. (1996). *Recovery and the Conspiracy of Hope*. Presented at The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. 16.11.1996. Brisbane, Australia. Heruntergeladen von <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope> am 28.20.2014
- Eid, Gollwitzer & Schmitt (2013). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz Verlag
- Eink, P. & Weber, P. (2015). *Editorial Inklusion kontrovers*. Sozialpsychiatrische Informationen. 2. Köln: Psychiatrie Verlag

- Falkai, P. , Wittchen, H., U. (hrsg.) & Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Sass, H. & Zaudig, M. (mithrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Fieldhouse, J. (2003). The Impact of an Allotment Group on Mental Health Clients' Health, Wellbeing and Social Networking. *British Journal of Occupational Therapy*, 66, 7, 186-196.
- Föhn, M. persönliche Mitteilung vom 11.02. 2015.
- Gutman, S., A. (2005). Understanding Suicide. *Occupational Therapy in Mental Health*, 21, 2, 55-77, doi:10.1300/J004v21n02_04
- Hardcastle, M. & Hardcastle, B. (2003). Stigma from mental illness in primary care. *Practice Nurse*, 26,10, 15-20.
- Holder, V. (2001). The Use of Creative Activities within Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 64, 2, 103-105.
- Horghagen, S., Fostvedt, B. & Alsaker, S. (2014). Craft activities in groups at meeting places: supporting mental health users' everyday occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 21, 145–152
- Jenkins, S., Price, C., J. & Straker, L. (2003). *The Researching Therapist: A Practical Guide to Planning, Performing and Communicating Research*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Johnstone, M., J. (2001). Stigma, social justice and the rights of them mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209.
- Kam, M., C., Y. & Siu, A., M., H. (2010). Evaluation of a Horticultural Activity Programme for Persons With Psychiatric Illness. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 20, 2, 80-86
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and Application*. (4th ed.) Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. McMaster Universität.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M., (1998). *Anleitungen zum Formular für eine kritische Besprechung quantitativer Studien*. McMaster Universität.
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0). McMaster University.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., (2007). Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0). McMaster University.
- Martin, M., Sadlo, G. & Stew, G. (2012). Rethinking Occupational Deprivation and Boredom. *Journal of Occupational Science*, 19, 1, 54-61, doi:10.1080/14427591.2011.640210
- Neuberger, K. (2012). The Status of Horticultural Therapy around the World: Practice, Research, Education – Austria, Germany, Switzerland. In Goodyear, S., N. & Shoemaker, C., A. (2012). *Proceedings of the Tenth International People-Plant Symposium on Digging Deeper: Approaches to Research in Horticultural Therapy and Therapeutic Horticulture*. (S.187). Leuven: International Society for Horticultural Science (ISHS).
- Perrins-Margalis, N. M., Rugletic, J., Schepis, N. M., Stepanski, H. R. & Walsh, M. A. (2000). The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*. 16, 1, 15-32. doi:10.1300/J004v16n01_02
- Rebeiro Gruhl, K. L. (2009). The politics of practice: Strategies to secure our occupational claim and to address occupational injustice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 56(1), 19-26.
- Rimmerman, A. (2013). *Social Inclusion of People with Disabilities: National and International Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Schneider-Ulmann, R. (2010). *Lehrbuch Gartentherapie*. Bern: Verlag Hans Huber
- Sempik, J. (2010). Green care and mental health: gardening and farming as health and social care. *Mental Health and Social Inclusion*. 14/ 3, 15-22.
- Sempik, J., Aldridge, J. & Becker, S. (2003). *Social and therapeutic horticulture: evidence and messages from research*. Reading/Loughborough: Thrive in association with the Centre for Child and Family Research.
- Sempik, J., Aldridge, J. & Becker, S. (2005). *Health, Well-being and Social Inclusion: Therapeutic Horticulture in the UK*. Bristol: The Policy Press in association with Thrive.
- Sempik, J., Rickhuss, C. & Beeston, A. (2014). The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behaviour. *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (6), 313–319. DOI: 10.4276/030802214X14018723138110
- Smyth, G., Harries, P., Dorer, G. (2011). Exploring mental health service users' experiences of social inclusion in their community occupations. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7), 323-331. doi:10.4276/030802211X13099513661072
- Stadnyk, R., L., Townsend, E., A. & Wilcock, A. A. (2010). Occupational Justice. In C., H. Christiansen & E., A. Townsend (Hrsg.), *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (2nd ed., S. 328-358). Upper Saddle River: Pearson Education.
- Teissig, A. (2015). Zollstock und Notfallkordel: Barrieren in der psychiatrischen Rehabilitation. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2, 53-54.
- Townsend, E. (1997). Occupation: Potential for personal and social transformation, *Journal of Occupational Science*, 4, 1, 18-26. doi:10.1080/14427591.1997.9686417
- Unruh, A., M. (2004). The Meaning of Gardens and Gardening in Daily Life: a Comparison between Gardeners with Serious Health Problems and Healthy Participants. *Acta Horticulturae*, 639, pp 67-73.
- Unruh, A., M. (2004). Reflections on: "So... what do you do?" Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 71, 5.
- Unruh, A., M., Versnel, J., & Kerr, N. (2002). Spirituality unplugged: A review of commonalities and contentions, and a resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69, 1, 5-19.

Whitford, G., E. & Hocking, C. (2012). *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation*. Chichester: John Wiley and Sons.

York, M. & Wiseman, T. (2012). Gardening as an occupation: a critical review. *British Journal of Occupational Therapy*, 75, 2, 76-84.
doi:10.4276/030802212X13286281651072

Zurbrügg, K. (2008). Gartengeschichte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Heruntergeladen von <http://www.wwf-zh.ch/wwf-zuerich/unsere-themen/lebensraum-burghoelzli/dokumentation/> am 03.02.2015

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verwendete Stichworte und Schlagwörter	7
Tabelle 2: Einschlusskriterien	8
Tabelle 3: Ausschlusskriterien	8
Tabelle 4: Definition der sozialen Inklusion der australischen Regierung (2009)	16
Tabelle 5: Ergebnisse des Items <i>Soziale Interaktion</i> für die Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen	19
Tabelle 6: Ergebnisse des Items <i>Kommunikation</i> für die Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen	20
Tabelle 7 (in Anhang 2): Dimensionen von sozialer Exklusion und deren Definitionen nach Rimmerman (2013)	63
Tabelle 8 (in Anhang 4): Domänen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Exemplarische Darstellung der Literatursuche in der CINAHL Daten- bank.....	48
Abbildung 2: Exemplarische Darstellung der Literatursuche in der OTDBASE Daten- bank.....	49
Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.....	64

Abkürzungsverzeichnis

AMED	Allied and Complementary Medicine Database
CINAHL Complete	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
et al.	et alteri, und andere
EU	Europäische Union
IBSS	International Bibliography of the Social Sciences
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OTDBASE	Occupational Therapy journal literature search service
PsycInfo	Psychological Information Database
SGGT	Schweizer Gesellschaft für Gartentherapie
STH	Social and therapeutic horticulture
UN	United Nations, Vereinigte Nationen
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Glossar

Die Begriffe, welche bei der Erstnennung im Text mit einem * versehen sind, werden hier erklärt. Es wird nur die Definition gegeben, welche für das Verständnis der vorliegenden Arbeit notwendig ist.

ANOVA und t-Test Verfahren	Die Überprüfung einer statistischen Nullhypothese anhand der t-Verteilung nennt man t-Test. Bei einer Nullhypothese wird davon ausgegangen, dass kein Effekt oder kein Zusammenhang vorliegt. Die Varianzanalyse (Analysis of Variance= ANOVA) ist einer Erweiterung des t-Tests. (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010).
Betätigung	Eine Betätigung ist mehr als der Begriff Arbeit ausdrückt. Betätigung schliesst alle Aktivitäten und Aufgaben mit ein, die ein Mensch tun will und tun muss (Stadnyk et al. 2010).
Booleschen Operatoren	Ausdruck (Symbol oder Wort), der bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreibt, benannt nach dem Mathematiker George Boole (Technische Universität Kaiserslautern, https://glossar.ub.uni-kl.de/begriff607)
Clubhaus-Modell	Das Clubhaus-Modell baut auf der Philosophie auf, dass jede Person zur Existenz des Programms beisteuert und das Programm ohne die Mitglieder nicht existieren kann (Perrins-Margalis, 2000).
Community-Setting	Der Begriff Community allein hat viele Facetten. Community wird als soziale Einheit bezeichnet, in der eine Transaktion des täglichen Lebens der Teilnehmenden stattfindet (Scaffa, 2001). Im Deutschen wird dafür etwa der Begriff Gemeinde verwendet.

Flow- Erleben	Positives emotionales Erleben bei einer Tätigkeit, welche dadurch charakterisiert ist, dass eine Person ganz auf ihr Tun konzentriert ist und darin aufgeht, sich selbst dabei vergisst, das Zeitgefühl weitgehend verloren geht („Die Zeit vergeht wie im Flug“) (Gabler Wirtschaftslexikon, http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/flow-erleben.html).
Handlungsmächtigkeit	Facetten davon sind Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenzen und pragmatisches Handlungswissen. Passt die Handlungsmächtigkeit einer Person nicht zusammen mit den Erwartungen, welche an sie gerichtet werden, entsteht Behinderung (Homfeldt, 2010).
hermeneutisch- phänomenologische Untersuchungstechniken	„Eine phänomenologische Analyse beschreibt, was die Erfahrungen für diejenigen, die diese Erfahrungen machen, selbst bedeuten Das heisst, sie beschreibt die Realität dieser subjektiven Erfahrungen aus der Perspektive der InterviewpartnerInnen.“ (Loos, 2006). Die Erfahrungen der Therapeuten wurden bewusst in die Dateninterpretation miteinbezogen, was hermeneutischen Forschungsmethoden entspricht (Perrins-Margalis, 2000).
Kommunikation	Reden oder Gestikulieren um Bedürfnisse oder Informationen mitzuteilen (auch Versuche) (Sempik et al., 2014).
Likert-Skalen	Sind Skalen mit mehrstufig geordneten Antwortkategorien. Diese geben das Ausmass der Zustimmung bzw. Ablehnung an (beispielsweise mit stimme überhaupt nicht zu, stimme eher zu, stimme ganz zu) (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010).

Psychosoziale Funktionen	Globale psychosoziale Funktionen werden in der ICF wie folgt beschrieben: Sich über das gesamte Leben entwickelnde allgemeine mentale Funktionen, welche für das Verständnis und die konstruktive Integration erforderlich sind. Sie sind zur Bildung interpersoneller Fähigkeiten notwendig, welche für den Aufbau reziproker, sinnvoller und zweckmässiger sozialer Interaktionen benötigt werden (Weltgesundheitsorganisation, 2005).
Schlagwörter	Bei Schlagwörtern handelt es sich um festgelegtes, kontrolliertes Vokabular, das Bearbeiter der Literatur zuordnen. Sie beschreiben den Inhalt der Quelle, müssen aber nicht in deren Titel vorkommen.
Soziale Interaktion	Kooperation, Geselligkeit, Versuche die Aufmerksamkeit einer anderen Person zu erhalten oder zu bewahren, Aufmerksamkeit geben (Nähe oder Orientierung zu einer Person) (Sempik et al., 2014).
Supported Employment	Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder von anderen benachteiligten Gruppen beim Erlangen und Erhalten von bezahlter Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes. (Definition der Europäischen Vereinigung für Supported Employment (EUSE) auf http://www.supportedemployment-schweiz.ch/Wissen/Kurz-und-knapp/PGRjG/)
Teilhabe (definiert nach ICF)	siehe Anhang 4
therapeutische Mittel	All das, was zur Erreichung eines therapeutischen Ziels zum Einsatz kommt (Scheepers, 2007).
Trunkierungen	Bezeichnen Platzhalter für eine beliebige Menge von Zeichen bei einer Suchanfrage (Technische Universität Kaiserslautern, https://glossar.ub.uni-kl.de/begriff559).
vulnerable Erwachsene	Vulnerable erwachsene befinden sich in eingeschränkter Lebenslage. Beispielsweise durch geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit, unzureichende Ausbildung usw (Rosenbrock & Gerlinger, 2006).

Wortzahl

Abstract: 195

Hauptteil: 7`212

(exklusive Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Vorbemerkung, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Danksagung

Allen die mich mit Rat und Tat unterstützt haben im Prozess des Bachelorarbeit-Schreibens, möchte ich von ganzem Herzen danken.

Mein Dank gilt insbesondere meiner Betreuungsperson Frau Uta Jakobs, welche mir immer wieder kompetent zur Seite stand. Auch Sandra Fuchs, Maria Gosteli und Nadine Schulz möchte ich vielmals danken für die Unterstützung und ehrliche Kritik.

Danke!

Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Katharina Bühler

Ort/ Datum

Unterschrift

Anhang

Laut Jenkins et al. (2003) soll Material im Anhang angefügt werden, wenn das Weglassen die Argumente im Text schwächen würde, der Haupttext aber dennoch ohne auskommt.

Anhang 1 Exemplarisch dargestellte Literatursuche in zwei Datenbanken

Im Folgenden werden die Literaturrecherchen der Datenbanken CINAHL und OTDBASE exemplarisch dargestellt.

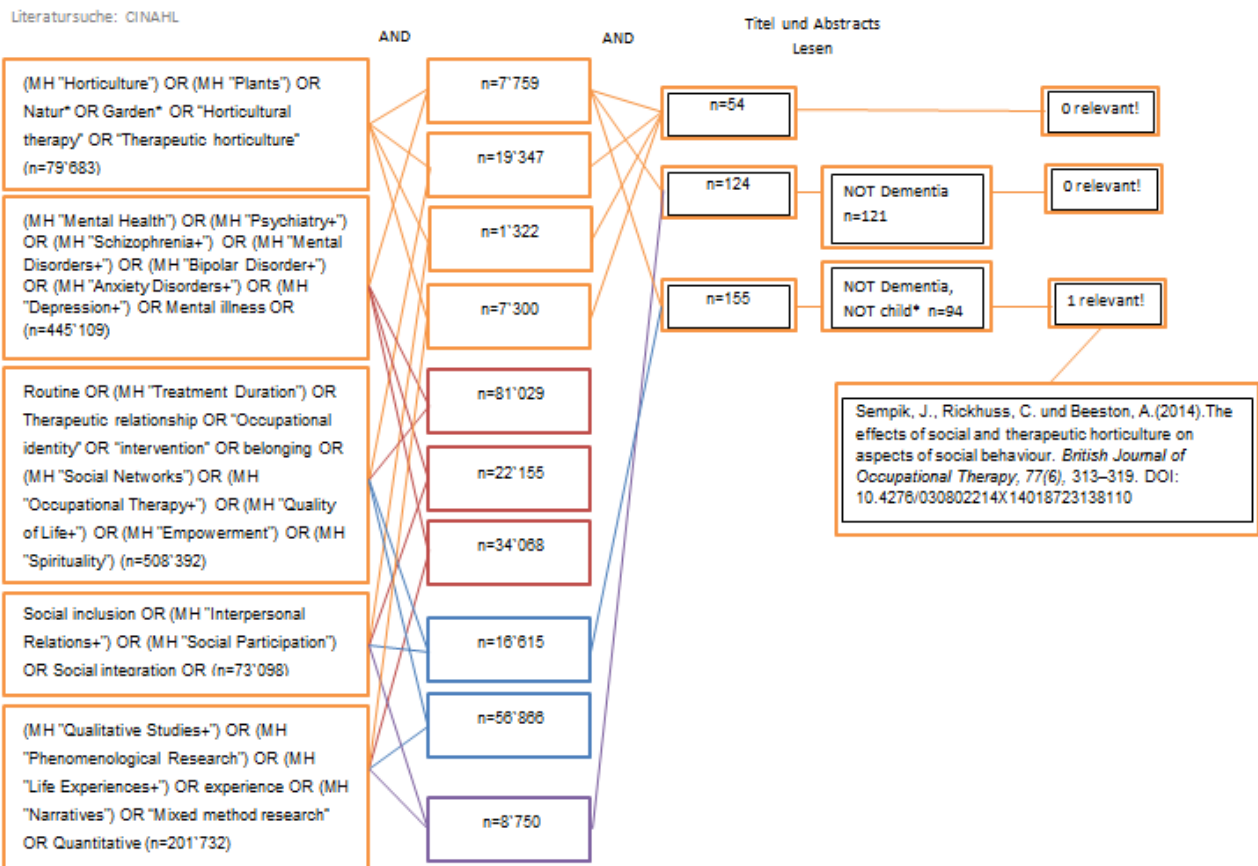


Abbildung 1: Exemplarische Darstellung der Literatursuche in der CINAHL Datenbank. Suchbegriffe in Klammern sind Schlagwörter. Boolesche Operatoren (AND, OR, NOT) und Trunkierungen („“, *) wurden verwendet um die Suche zu verfeinern.

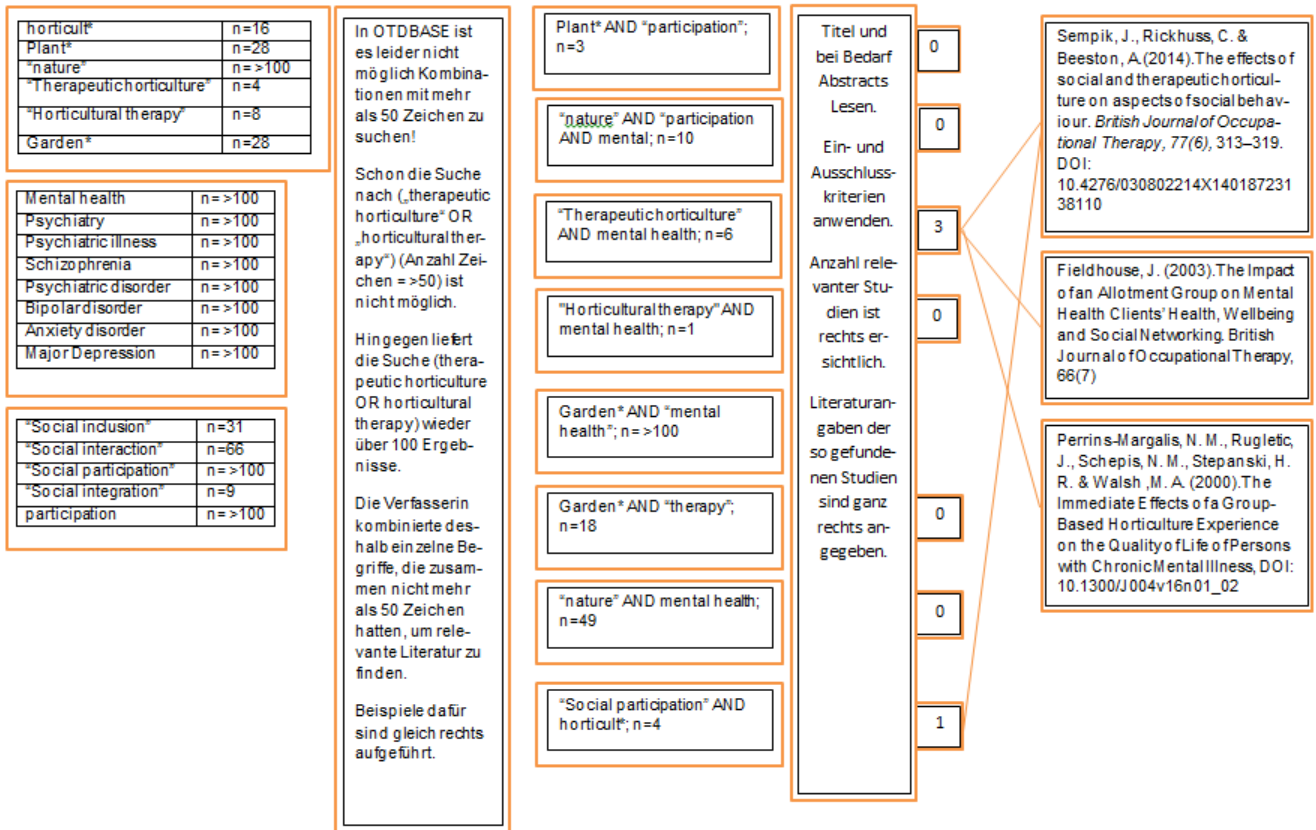


Abbildung 2: Exemplarische Darstellung der Literatursuche in der OTDBASE Datenbank. Boolesche Operatoren (AND) und Trunkierungen („“, *) wurden verwendet um die Suche zu verfeinern.

Anhang 2 Formulare zur kritischen Besprechung der Hauptstudien

Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. und Westmorland, M., 1998
McMaster-Universität

TITEL:

Sempik, J., Rickhuss, C. und Beeston, A.(2014).The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behaviour. British Journal of Occupational Therapy,77(6), 313–319. DOI: 10.4276/030802214X14018723138110

Kommentare

<p>ZWECK DER STUDIE</p> <p>Wurde der Zweck klar angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Skizzieren Sie den Zweck der Studie. Inwiefern bezieht sich die Studie auf Ergotherapie und/oder Ihre Forschungsfrage?</p> <p>Den Nutzen von Gartentherapie-Angeboten erforschen. Wie verändern sich die Skills (social interaction, communication, motivation und task engagement) im Verlauf eines Jahres.</p>
<p>LITERATUR</p> <p>Wurde die relevante Hintergrund-Literatur gesichtet? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Geben Sie an, wie die Notwendigkeit der Studie gerechtfertigt wurde.</p> <p>Es gibt zu wenig quantitative Forschung.</p>
<p>DESIGN</p> <p> <input type="radio"/> (RCT) <input type="radio"/> Kohortenstudie <input type="radio"/> Einzelfall-Design <input type="radio"/> Vorher-Nachher-Design <input type="radio"/> Fall-Kontroll-Studie <input type="radio"/> Querschnittsstudie <input type="radio"/> Fallstudie <input checked="" type="radio"/> <i>observational Study</i> </p>	<p>Beschreiben Sie das Studiendesign. Entsprech das Design der Studienfrage (z.B. im Hinblick auf den Wissensstand zur betreffenden Frage, auf Ergebnisse (outcomes), auf ethische Aspekte)?</p> <p>Es wurden bestehende Daten für die Beantwortung der Frage verwendet. Diese wurden routinemässig erhoben mit einem Assessment, welches entwickelt wurde um Ziele zu formulieren und den Verlauf festzuhalten. Es wurden Daten aus zwei Projekten verwendet. Die Therapeuten hielten ihre Beobachtungen auf Linearen Skalen (Likert Skalen) fest. Zum Ausfüllen gab es Hilfestellungen und Guidelines. Es wurden nicht alle Patienten bei jedem Einsatz bewertet. Diese Studie analysiert Scores aus Kommunikation, sozialer Interaktion, Motivation und task engagement, da die Forscher die These haben, dass diese Scores sich mit der Zeit verbessern und genügend Daten dazu da sind. Es wurden auch Daten von Patienten analysiert, die schon bis zu max. 3 Monate vor dem ersten Einsatz des Assessments in der Gartengruppe waren.</p>

	<p>Spezifizieren Sie alle systematischen Fehler (Verzerrungen, bias), die vielleicht aufgetreten sein könnten, und in welche Richtung sie die Ergebnisse beeinflussen.</p> <p>FEHLER: Weil auch Daten von Teilnehmenden eingeschlossen wurden, die schon vor Beginn der Datengewinnung dabei waren, ist die Standardabweichung der Anzahl Tage Anwesenheit sehr gross= nicht "normalverteilt"! Die Daten wurden mit ANOVA (Varianzanalyse) und t-Test analysiert, obschon dafür eine Normalverteilung der Daten erforderlich ist. Bei allen Items wurde kein signifikanter Unterschied zwischen dem Messzeitpunkt Tag 0 und Tag 30 festgestellt. Wären nur Daten von Teilnehmenden analysiert worden, die an Tag 0 des Assessments die Therapie begonnen haben, hätte evtl. eine signifikante Veränderung über die ersten Messzeitpunkte gemessen werden können!</p>
<p>STICHPROBE</p> <p>N =143 (108 männlich, 35 weiblich)</p> <p>Wurde die Stichprobe detailliert beschrieben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wurde die Stichprobengrösse begründet? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt</p>	<p>Stichprobenauswahl (wer, Merkmale, wie viele, wie wurde die Stichprobe zusammengestellt?). Bei mehr als einer Gruppe: Waren die Gruppen ähnlich?</p> <p>Heterogene Gruppen mit verschiedene Erkrankungen, davon haben 43% psychische Probleme. Gruppen wurden nach Fähigkeiten und Bedürfnissen gebildet, nicht aufgrund von Diagnosen. 27 Teilnehmer waren unter 18 Jahren alt, wurden aber genau gleich wie die Anderen behandelt.</p> <p>Beschreiben Sie die Ethik-Verfahren. Wurde wohlinformierte Zustimmung eingeholt?</p> <p>Das Ethikverfahren wurde nicht beschrieben!</p> <p>Wenn nur Daten von Teilnehmern eingeschlossen worden wären, die an Tag 0 des Assessments mit der Behandlung begonnen haben, so wären es zu wenige (=zu schwache) Daten gewesen.</p>
<p>Ergebnisse (outcomes)</p>	<p>Geben Sie an, wie oft outcome Messungen durchgeführt wurden (also vorher, nachher, bei Nachbeobachtung(pre-, post- follow up)).</p> <p>Messungen an: Tag 0, 30, 60, 90, 180, 365 (weil nicht an jedem Tag das Assessment durchgeführt wurde, wurden bei Tag 30 & 60 +- 5 Tage berücksichtigt. Bei Tag 60, 90, 180, 365 + - 10 Tage.</p> <p>Resultate werden als effect sizes angegeben, damit sie untereinander und mit anderen Studien vergleichbar sind.</p>

<p>Waren die outcome Messungen zuverlässig (reliabel)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Waren die outcome Messungen gültig (valide)? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Es wurde ein nicht validiertes Assessment verwendet</p>	<p>Outcome Bereiche (z.B. Selbstversorgung (self care), Produktivität, Freizeit)</p> <p>soziale Interaktion Skala von 1-9</p> <p>Kommunikation Skala von 1-9</p> <p>Motivation Skala von 1-5</p> <p>Task engagement Skala von 1-5</p>	<p>Listen Sie die verwendeten Messungen auf</p> <p>Tag N effect size CI P 0 39 30 31 0.15 -0.32, 0.62 0.533 90 26 0.25 -0.25, 0.75 0.325 180 13 0.53 -0.11, 1.16 0.102 365 13 0.82 -0.16, 1.45 0.014*</p> <p>Tag N effect size CI P 0 19 30 17 0.11 -0.55, 0.76 0.744 90 15 0.23 -0.46, 0.90 0.514 180 4 0.89 -0.25, 1.96 0.121 365 3 0.76 -0.49, 1.99 0.224</p> <p>Tag N effect size CI P 0 46 30 39 -0.14 -0.57, 0.28 0.510 90 29 -0.10 -0.56, 0.37 0.685 180 19 0.13 -0.40, 0.67 0.624 365 13 0.32 -0.30, 0.94 0.306</p> <p>Tag N effect size CI P 0 56 30 42 -0.04 -0.43, 0.37 0.864 90 31 -0.02 -0.45, 0.42 0.947 180 23 0.29 -0.20, 0.78 0.243 365 13 0.38 -0.23, 0.99 0.217</p>
<p>MASSNAHMEN</p> <p>Wurden die Massnahmen detailliert beschrieben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurde Kontaminierung vermieden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben <input checked="" type="radio"/> entfällt</p> <p>Wurden gleichzeitige weitere Massnahmen (Ko-Intervention) vermieden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben <input type="radio"/> entfällt</p>	<p>Beschreiben Sie kurz die Massnahmen (Schwerpunkt, wer führte sie aus, wie oft, in welchem Rahmen). Könnten die Massnahmen in der ergotherapeutischen Praxis wiederholt werden?</p> <p>Abhängig von Wetter und Saison: Samen pflanzen, Setzlinge eintopfen, Stecklinge nehmen, jäten, Putz und Unterhaltsarbeiten im Garten, Werkzeuge benutzen und putzen und ähnliches. Einsatz dauert etwa 5 1/2 Stunden, mit fixem Beginn- und Pausen- und Endzeiten. Ähneln daher einem Arbeitstag. Patienten sollten 1x/W teilnehmen. Teilnehmende arbeiten meist in Kleingruppen oder Allein (meistens sind um die 25 Personen im Garten anwesend). Ausgebildetes Personal betreut bis zu 6 Patienten pro Therapeut. Dazu kommen freiwillige Helfer (je nach Verfügbarkeit) Die Gruppeneinteilung wurde nach vergleichbaren Bedürfnissen statt Diagnosen gemacht. Es wird nicht angegeben, ob die Teilnehmenden noch in anderer Behandlung (Therapie, Medikamente...) sind.</p>	
<p>ERGEBNISSE</p> <p>Wurde die statistische Signifikanz der Ergebnisse angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> entfällt <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>War(en) die Analysemethode(n)</p>	<p>Welches waren die Ergebnisse? Waren sie statistisch signifikant (d.h. p < 0.05)? Falls nicht statistisch signifikant: War die Studie gross genug, um einen eventuell auftretenden wichtigen Unterschied anzuzeigen? Falls es um viele Ergebnisse ging: Wurde dies bei der statistischen Analyse berücksichtigt?</p> <p>Gruppe der Menschen mit psychiatrischen Diagnosen: Messung der sozialen Interaktion am 365 Tag signifikant! Sonst nichts signifikant. Analyse der Daten zum Item Communication zeigt grosse Effektgrößen,</p>	

<p>geeignet? <input type="radio"/> ja <input checked="" type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Die Analysemethode hätte anders gewählt werden müssen, um (trotz der grossen SD) Kurzzeit-Veränderungen messen zu können.</p> <p>Wurde die klinische Bedeutung angegeben? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input checked="" type="radio"/> nicht angegeben</p> <p>Wurden Fälle von Ausscheiden aus der Studie angegeben? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>welche jedoch nicht signifikant sind. Die Anzahl der Teilnehmenden nimmt sehr ab. Dies könnte ein weiterer Grund sein, warum keine Signifikanz festgestellt wurde.</p> <p>Schieden Teilnehmer aus der Studie aus? Warum? (Wurden Gründe angegeben, und wurden Fälle von Ausscheiden angemessen gehandhabt?)</p> <p>Anzahl wird nicht angegeben. Teilnehmende sind z.T. aus dem Projekt ausgestiegen.</p>
<p>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KLINISCHE IMPLIKATIONEN</p> <p>Waren die Schlussfolgerungen angemessen im Hinblick auf Methoden und Ergebnisse der Studie? <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Zu welchem Schluss kam die Studie? Welche Implikationen haben die Ergebnisse für die ergotherapeutische Praxis?</p> <p>Die Studie kommt zum Schluss, dass SHT, wenn strukturiert angewendet, die soziale Interaktion fördert.</p> <p>Welches waren die hauptsächlichen Begrenzungen oder systematischen Fehler der Studie? Limitationen: (angegeben in der Studie) Ist eine observationale Studie. Bewertung der Klienten durch Gartentherapeuten. Daten aus klinischem Assessment, welches nicht für die Studie entwickelt wurde. Patientenzahl nahm gegen Ende der Studie ab (Austritte usw.) dadurch nahm die statistische Stärke einzelner Teile ab. Die Messinstrumente sind single item scores und wurden NICHT validiert (da sie nicht als wissenschaftliches Instrument entwickelt wurden). Daten waren nicht normalverteilt (SD sehr gross), Voraussetzung für ANOVA & T-Test nicht erfüllt! Verzerrung der Kurzeitergebnisse!!!</p>

Critical Review Form - Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Fieldhouse, J.(2003).The Impact of an Allotment Group on Mental Health Clients' Health, Wellbeing and Social Networking. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(7).

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or re- search question stated clearly? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Das Ziel ist ein Verständnis zu entwickeln, wie soziale Netzwerke entstehen, indem der Wert dieses Netzwerkes (also der Gruppe) von jedem Teilnehmer erfragt wird. Dies soll helfen das heilende Potenzial des sozialen Netzwerkes besser nutzen zu können. Es wird mit einem breiten, übergreifenden Fragestiel versucht möglichst, alles was mit dem Prozess des sozialen Netzwerkes zu tun hat zu erfassen.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Studien haben diverse positive Folgen von Gartentherapieangeboten herausgefunden. Es gibt einen Mangel an Studien, die erforschen WIE diese positiven Folgen entstehen. Es ist schwer zu wissen, woran es liegt, dass es positive Folgen gibt und wie man diese wiedergeben kann.</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Ja es lohnt sich weiter zu lesen. Es wird nach dem subjektiv empfundenen Wert im gartentherapeutischen Setting gefragt. Also danach was die Teilnehmer in diesem Therapieangebot motivierte regelmässig teilzunehmen.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design? <input type="radio"/> phenomenology <input type="radio"/> ethnography <input checked="" type="radio"/> grounded theory <input type="radio"/> participatory action research <input type="radio"/> other</p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>In Anbetracht des Ziels der Studie macht es Sinn Interviews und Fokus Gruppen zur Gewinnung der Daten durchzuführen. Durch erfassen der subjektiven Erlebnisse und dem gleichzeitigem Aufbauen von Rahmenkonzepten (Frameworks) durch induktive Prozesse, kann von einem konstruktivistischen grounded-theory Ansatz gesprochen werden.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Der Sinn einer Betätigung kann nicht vom Therapeuten bestimmt werden. Jedes "tuende" Individuum empfindet den Sinn einer Betätigung individuell, subjektiv und Kontextabhängig. Besonders in der Ergotherapie sollen neue Erkenntnisse für die Praxis vom Erleben des Patienten/Klienten stammen (induktiv).</p>

<p>Method(s) used:</p> <p><input type="radio"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="radio"/> interviews</p> <p><input type="radio"/> document review</p> <p><input checked="" type="radio"/> focus groups</p> <p><input type="radio"/> other</p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Es wurden tiefen- (in-depth) und halb-strukturierte Interviews durchgeführt. Der Interview Leitfaden war nicht eine vollständige Checkliste, sondern ein Anfang. Unerwartete und widersprüchliche Themen aus den Interviews wurden in der Fokus Gruppe wieder aufgenommen.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Potenzielle Teilnehmer waren alle Klienten des CMHT und wurden schriftlich durch eine dritte Person (CMHT manager) angefragt. Damit sollten die Teilnehmer die Sicherheit haben, dass sie freiwillig teilnehmen und jederzeit ihr Einverständnis zurücknehmen können. Die Teilnehmer wurden informiert, dass das Interview aufgenommen wird aber jederzeit von ihnen unterbrochen werden kann. Ihr Tape oder eine Kopie des Transkripts steht jedem Teilnehmer zur Verfügung.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?</p> <p><input type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Es wurden dreizehn mögliche Teilnehmer angeschrieben (kürzlich ehemalige oder aktive Klienten). Neun davon nahmen an der Studie teil. Anonymisierte Daten (Geschlecht, Alter, Diagnose, ethnische Herkunft, Arbeitsstatus und Wohnsituation) der Teilnehmer werden in einer Tabelle dargestellt.</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes</p> <p><input type="radio"/> no</p> <p><input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Ja. Zusätzlich zum Einverständnis des Teilnehmers wurde noch eine Kopie des Einverständnisses der Psychiaters und des Hausarztes für jeden Teilnehmer besorgt. Die Studie wurde bewilligt.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>participants: <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no teilweise</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>Standort: Inner-city community mental health team (CMHT). Eine genaue Beschreibung von wo genau, wie genau, wie oft, wie lang usw. wird NICHT gegeben!</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Der mangelnde Beschrieb der genauen Abläufe und Aktivitäten im Gruppen- Gartenprojekt, schränkt mein Verständnis ein. Wie sah der Garten- Standort aus? Wie viel Platz gab es da? Welche Möglichkeiten gab es? Was waren wichtige Tätigkeiten? Wie sah die Struktur der Therapie aus? usw.</p>

<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Teilweise beschrieben</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Die Interviews konnten je nach Wunsch im Garten, Zuhause oder im CMHT-Base gehalten werden. Anfangs war geplant zusätzlich zu den Interviews noch Feldnotizen zu machen. Mehrere Teilnehmende waren aber nicht einverstanden, darum wurde dies aufgegeben. Die Daten wurden vom Autor und einer zweiten Person separat kategorisiert. Triangulation, Member-checking, und Aufmerksamkeit auf Widersprüche wurden angewendet. Wer die Interviews durchführte, die Dauer der Interviews und die Datenmenge sind unklar.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Folgende Schritte wurden durchlaufen: Kategorisieren, qualitative Analyse, Kategorien verstärken, Beziehungen zwischen den Kategorien herstellen. Drei Themen kommen dabei heraus: Kontext (externe Faktoren), subjektive Erfahrungen (intrapersonelle Faktoren), Betätigungsperformanz und die Veränderung dieser mit der Zeit. Kontext: grün, draussen = positiv; destigmatisierende Betätigung; soziales Umfeld = positiv, unterstützend. Subjektive Erfahrungen: Klaren Kopf, leichter fühlen, emotionale Reaktion auf Pflanzen (Bewunderung..), Zusammengehörigkeitsgefühl, Spiritualität, Verbundenheit, Selbstwirksamkeit, temporale Orientierung. Betätigungsperformanz: Betätigung positiv im Vergleich zu Inaktivität/Isolation, neue Ziele, Freundschaften und Unterstützung, Peerlernen/nachmachen, ausprobieren, experimentieren</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Es wird beschrieben, dass zwei Forscher einzeln Transkripts analysiert haben und "ständiges Vergleichen" verwendet haben um Kategorien zu bilden. Dann wurden die Kategorien "abgewägt" und durchgeschaut um jene zu finden, die am häufigsten (über 50% der Teilnehmer) thematisiert wurden. Durch das abwägen wurden verlässliche Kategorien gebildet. Zu diesen wurde anhand von Aussagen je erste Ergebnisse zusammengefasst. Beziehungen zwischen den Kategorien wurden anhand des MOHOs und einer Review zu Occupational Science`s Knowledge Base angeschaut und die Ergebnisse dargestellt.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Die Ergebnisse werden in Bezug zu sensory processing und affirming social milieu gesetzt, weil diese Themen sehr stark zum Ausdruck gekommen seien. Auch attention restoration und flow werden hinzugezogen. Im Diskussionsteil ergeben die Ergebnisse im Zusammenhang mit diesen zugezogenen "Konzepten" ein Ganzes.</p>

<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Transferability <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Dependability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Conformability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Transferabilität nicht wirklich gegeben</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Credibility & Confirmability: Member checking, triangulation, indwelling and close attention to disconfirming data attest to the credibility and confirmability of this study. dependability: A clear audit trail enhances its dependability Transferability: Transferability is maximised by presenting participants' demographics and direct quotations, so as to allow reasonable speculation about the applicability of the findings to other settings. Wie die Interventionen abliefen und was für Aktivitäten gemacht wurden, wird nicht beschrieben!</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Es wird beschrieben, wie community based Gartentherapie zur sozialen Inklusion beiträgt!</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Soziales networken als Betätigungs-phenomen entsteht aus der Pflanzen-Mensch Beziehung, der natürlichen Umgebung, dem sozialen Milieu und dem öffentlichen Raum. Es erlaubte den Teilnehmern nicht verkrampft gegen Stigma, Aufmerksamkeitsprobleme und Reize zu kämpfen. Der Standort Garten bildet eine Plattform für selbstbewusstes Erkunden der Umgebung, unterstützt ausprobieren, soziale Interaktion und lernen von Fertigkeiten. Teilnehmer empfanden das Ganze als integrierend (persönlich, inter-persönlich und soziokulturell). ET sollen die Gemeinde (Community) als Mittel berücksichtigen um Teilhabe, Gesundheitsförderung und soziale Inklusion von Menschen mit psychischen Problemen zu fördern.</p>

Critical Review Form - Qualitative

Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Perrins-Margalis, N. M., Rugletic, J., Stepanski, H. R., Schepis, N. M. and Walsh, M. A. (2000). The Immediate Effects of a Group-Based Horticulture Experience on the Quality of Life of Persons with Chronic Mental Illness, DOI: 10.1300/J004v16n01_02

	Comments
<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose and/or re- search question stated clearly? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Outline the purpose of the study and/or research question.</p> <p>Eine detaillierte Beschreibung und Analyse der Gruppengartentherapie Erfahrungen aus der Sicht von Menschen mit einer psychischen Er- krankung. Der Fokus liegt auf den Auswirkungen der gärtnerischen Erfahrungen auf die Lebensqualität (QOL) der Teilnehmenden.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background litera- ture reviewed? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</p> <p>Die Erforschung von QOL im Zusammenhang mit bedeutungsvollen Aktivitäten anhand der Erfahrungen der Teilnehmer (subjektiv).</p>
	<p>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?</p> <p>Die Steigerung der QOL durch Gartentherapie kann auch auf die sozia- le Inklusion einen Einfluss haben.</p>
<p>STUDY DESIGN:</p> <p>What was the design? <input checked="" type="radio"/> phenomenology <input type="radio"/> ethnography <input type="radio"/> grounded theory <input type="radio"/> participatory action research <input checked="" type="radio"/> other <i>hermeneutik</i></p>	<p>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</p> <p>Verwendung eines hermeneutisch phänomenologischen Studiende- signs. Hermeneutisches Reflektieren beinhaltet das Erreichen von Wis- sen über ein Phänomen durch reflektieren der Themen, die aus den Daten generiert werden. Die Erfahrungen der Forscher tragen dabei zur Interpretation der Daten bei. Phänomenologie zielt darauf ab die gelebten Erfahrungen der Teilnehmer darzulegen und zu beschreiben. Dann wird es in Bezug zu einer ausgewählten Theorie gestellt (hier QOL). Hermeneutische Phänomenologie liefert ein Design, worin die Forscher ihre Interpretationen auf Grund der gelebten Erfahrungen der Teilneh- mer entwickeln können.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</p> <p>Die Forscher gehen davon aus, dass durch Gartentherapie die QOL verbessert wird. Die Studie stützt sich auf dem Konzept der QOL nach Zahn (1992, p. 796). Es werden nur subjektive Aspekte der QOL er- forscht.</p>

<p>Method(s) used:</p> <p><input checked="" type="radio"/> participant observation <input type="radio"/> interviews <input type="radio"/> document review <input type="radio"/> focus groups <input checked="" type="radio"/> other <i>Tagebücher und Fieldnotes</i></p>	<p>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</p> <p>Nach jeder Intervention wurden die Teilnehmer aufgefordert in ihrem Tagebuch vorgegebene offene Fragen (Bezug zu QOL) schriftlich zu beantworten. Die Forscher beobachteten die Teilnehmer während den Interventionen und machten sich individuell Notizen. Am Ende der 6 Wochen wurden halb-strukturierte Interviews geführt. Zusätzlich wurden zur Verifizierung von zuvor identifizierten Themen aus den einzelnen Tagebüchern individualisierte halb-strukturierte Fragen gestellt.</p>
<p>SAMPLING:</p> <p>Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</p> <p>Menschen mit chronischen psychischen Problemen (Mitglieder im Clubhouse). Interesse an Gartenarbeit. Einschreiben bei Interesse über ein schriftliches Formular, welches allen interessierten Mitgliedern zur Verfügung stand.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached? <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> not addressed</p>	<p>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</p> <p>Es werden keine genauen Informationen zu den Teilnehmenden gegeben! Diagnosen, Medikation, demografische Daten usw. sind unklar!</p>
<p>Was informed consent obtained? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Ein schriftliches Einschreibeformular stand allen Mitgliedern des Clubhauses zur Verfügung. Die Teilnahme musste also aktiv und freiwillig erfolgen. Der Direktor des Clubhauses half bei der Endauswahl. Teilnehmer sollten Interesse an Gartentherapie haben und fähig sein Erfahrungen zu artikulieren und zu beschreiben.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site: <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no participants: <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants: <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher: <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</p> <p>Die Studie wurde in einem psychosozialen/beruflichen Rehabilitationsclubhaus durchgeführt. Ein Gartentherapieprogramm war bereits vorhanden. Das Clubhaus bietet einen Ort wo durch freiwillige und aktive Teilnahme in bedeutenden Alltagsaktivitäten die QOL der Mitglieder verbessert werden kann.</p> <p>Es wurden nur kurze Anweisungen am Anfang gegeben, danach waren die Teilnehmer frei die Aufgabe zu bewältigen, wie sie wollten.</p> <p>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</p> <p>Die genauen Angaben zu Diagnosen, Medikation, Alter, Geschlecht, Berufssituation, Wohnsituation fehlen gänzlich und erschweren mir so die Nachvollziehbarkeit.</p>
<p>Procedural Rigour</p> <p>Procedural rigor was used in data collection strategies? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</p> <p>Fünf Forscher waren beteiligt. Zwei der Forschenden leiteten 2x pro Woche Gartenaktivitäten. Drei Forschende waren bei den Aktivitäten als Teilnehmer dabei. Ein Forscher führte alle 10 Interviews am Ende der 6 Wochen durch. Alle Forscher machten Feldnotizen.</p>

<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour</p> <p>Data analyses were inductive? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</p> <p>Die Antworten der Teilnehmer wurden durch die Forscher interpretiert. Daraus entwickelten sie Kategorien und Themen, welche sie mit Zhan`s (1992) Komponenten der QOL vergleichen. / Kategorien wurden so gefunden. (Gruppenerfahrungen, Teilen, Lernen, sensorische Auswirkungen, Kreativität und Auswahlmöglichkeiten, emotionale Wirkungen und Erinnerungen).</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> not addressed</p>	<p>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</p> <p>Alle 5 Forscher analysierten die Daten aus den Tagebüchern, Interviews und den Feldnoten. Die Tagebücher wurden analysiert um Themen und Kategorien zu bilden. In den Interviews wurden diese dann verifiziert. Die Interview Transkripts wurden nochmal analysiert um zusätzliche Themen zu identifizieren. Dann wurden Aussagen der Teilnehmer zu den Kategorien passend ausgewählt. Dann wurden die Kategorien cross-analyzed um gemeinsame Themen zu finden.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</p> <p>Vergleich mit Zahns (1992) Theorie der QOL.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Transferability <input type="radio"/> yes <input checked="" type="radio"/> no Dependability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no Conformability <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</p> <p>Triangulation von Datenquellen und Daten Sammlungsmethoden sollen Glaubhaftigkeit und Vertrauenswürdigkeit erfüllen. 5 Forscher haben alle Daten gemeinsam gesammelt und interpretiert. Die Teilnehmer verifizierten die Themen nochmals in den Interviews. Das Resultat (horticulture in a group setting has positive impact on QOL) sei auf andere psychiatrische Gruppen-Clubhaus-settings übertragbar. Allerdings fehlen Informationen zu den Teilnehmenden, was für mich die Nachvollziehbarkeit erschwert!</p> <p>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</p> <p>Das Gruppenerlebnis förderte die einzelnen Mitglieder. Sie halfen sich gegenseitig und wurden zu einem Team. Das Arbeiten in der Gruppe bringt ein Gefühl der Leitung (accomplishment) mit sich. Teilen in der Gruppe wurde meistens positiv gewertet (aufeinander schauen), manchmal auch negativ (Frustr). Etwas zum Verschenken haben. Teilen von Gedanken, Erinnerungen usw. Lernen: etwas neues machen, herausgefordert sein, voneinander lernen. Sensorische Erfahrungen: Farben, Gerüche, Geschmäcker... Kreativität: ausleben, ausprobieren, auswählen, Selbstbestimmung. Emotionales: Freude, Entspannung, Frustr, Spass, Zufriedenheit. Genuss, wenn Pflanzen wachsen, Zufrieden mit Produkt und Neuem. Positive Erinnerungen: viele Aktivitäten lösten positive Erinnerungen an Bezugspersonen, Geschehens, Kindheit usw. aus. Erinnerungen und Gespräche</p>

<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="radio"/> yes <input type="radio"/> no</p>	<p>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</p> <p>Die Ergebnisse sind für Ets wichtig. So können wir verstehen, wie Gruppen- Gartentherapie direkte Auswirkungen auf die QOL haben kann. Es ist weiterhin wichtig, dass wir in der ET bedeutungsvolle Betätigungen wie Gartentherapie verwenden. Sinnvolle und bedeutungsvolle Betätigungen tragen zur positiven Wahrnehmung der eigenen QOL bei.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anhang 3 Soziale Exklusion

Zum besseren Verständnis der sozialen Inklusion wird hier noch die soziale Exklusion genauer erläutert.

Laut Rimmerman (2013) ist das Konzept der sozialen Exklusion sehr komplex. Soziale Exklusion kann auf zwei Ebenen der Gesellschaft stattfinden. Einerseits kann damit gemeint sein, dass eine (untere) Minderheit von den Mainstream-Aktivitäten der Mittelschicht ausgeschlossen ist. Andererseits kann es aber auch bedeuten, dass sich eine (obere) Minderheit aktiv von der Mittelschicht absondert (Barry, 2002). Zumindest im ersten Fall, bedeutet die soziale Exklusion, dass nicht alle Menschen dieselben Möglichkeiten haben und deshalb zusätzlich soziale Ungerechtigkeit erleiden. Soziale Exklusion führt in dem Fall zu ungleicher Bildung und ungleichen Betätigungsmöglichkeiten (Barry, 2002).

Rimmerman (2013) beschreibt soziale Exklusion als Benachteiligungen von Individuen, Haushalten, geografischen Gebieten und Bevölkerungsgruppen im Bezug zu sozialer, wirtschaftlicher und politischer Norm. Somit beschreibt der Begriff sowohl den Prozess als auch das Resultat der sozialen Exklusion von Individuen, Gruppen oder Gemeinschaften. Burchardt, Le Grand & Piachaud (1999, zit. nach Rimmerman, 2013, S. 37) definierten fünf Dimensionen sozialer Exklusion: Konsum, sparen, Produktivität, politische Aktivität und soziale Aktivität. Diese Dimensionen umfassen also soziale wie auch staatsbürgerliche Aspekte. Sie stehen in Zusammenhang, entscheidend ist aber, dass laut Burchardt, Le Grand & Piachaud (2002) eine fehlende Teilhabe in nur einem Bereich zu sozialer Exklusion führt.

Die Teilhabe in diesen Dimensionen ist beim einzelnen Menschen von verschiedenen zusammenhängenden Faktoren abhängig wie etwa persönlichen Erfahrungen, der Lebensgeschichte und der Umgebungsmerkmalen.

Rimmerman (2013) fasst Kriterien der sozialen Exklusion zusammen und definiert diese. Dargestellt in Tabelle 7.

Tabelle 7

Dimensionen von sozialer Exklusion und deren Definitionen nach Rimmerman (2013).

Dimensionen	Definitionen
wirtschaftlich	Fehlendes adäquates Einkommen oder Arbeitslosigkeit
sozial	Zusammenbruch der sozialen Normen, erkennbar durch Abweichungen der Norm und Kriminalität
politisch	Die Fähigkeit Entscheidungen, die ihr Leben betreffen zu fällen oder an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.
Nachbarschaft/geografische Lage	Unfähigkeit der lokalen sozialen Institution anständige Wohnmöglichkeiten und Angebote, welche die Vernachlässigung und den Zerfall bekämpfen, zu liefern
Individuum	Schlechter Gesundheitszustand (physisch und psychisch), Entwicklung der Schul- und Arbeitskarriere (Potenzial nicht voll ausgeschöpft) und tiefes Selbstwertgefühl
gruppe	Anders sein als die dominierende Bevölkerung oder randständig sein.

Anhang 4 Definition von Teilhabe in der ICF der WHO

Im Buch Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie von Kubny- Lücke (2009), wird Allgemeines zur ICF, aber auch die ICF im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen beschrieben.

Allgemein ist die ICF eine Klassifikation, die sich an der funktionalen Gesundheit einer Person orientiert. Sie soll dazu dienen, den Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Zustand zu beschreiben. Die ICF wurde dazu aus dem biopsychosozialen Modell heraus entwickelt, welches nebst den Körperstrukturen und -funktionen, die persönlichen und umweltbezogenen Faktoren, welche die Gesundheit/Krankheit beeinflussen, miteinbezieht. Das Resultat des Zusammenspiels dieser (Kontext-) Faktoren mit den Gesundheitsproblemen eines Menschen, sind die individuelle Funktionsfähigkeit und die Behinderung dieses Menschen.

Die personenbezogenen Faktoren sind gegebene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, oder aber auch der individuelle Hintergrund und/oder die Lebensführung eines Menschen. Die Kontextfaktoren können sich fördernd oder auch hemmend auf die Funktionsfähigkeit und die Teilhabe eines Menschen auswirken und werden daher bei der Beurteilung immer miteinbezogen.

Abbildung 1 zeigt schematisch das Zusammenspiel dieser Faktoren sowie der Funktionsfähigkeit und Behinderung.

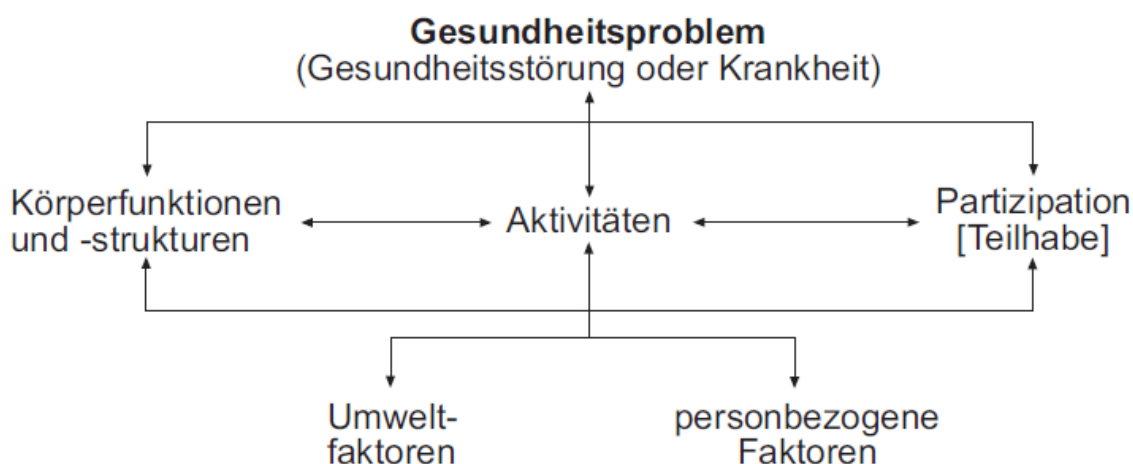


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF

[Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF] wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

Teilhabe wird in der ICF als „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ definiert. Die Teilhabe ist auch ohne aktive Beteiligung möglich. Denn Teilhabe ist eine subjektive Erfahrung und hängt damit zusammen, ob ein Mensch „Zufriedenheit in den Lebensbereichen erfährt, die für ihn bedeutsam sind“, „in diesen Lebensbereichen Lebensqualität empfindet“ und ob er Wertschätzung und Anerkennung erfährt.

Laut Schuntermann (2005, zit. nach Kunby-Lüke, 2009, S. 24) und Flotho (2008, zit. nach Kunby-Lüke, 2009, S. 24) ist volle Teilhabe in einem Lebensbereich gegeben, wenn alle Leistungen in diesem Lebensbereich erbracht werden können.

Einen Überblick, der von der ICF definierten Domänen der Aktivitäten und Teilhabe, welche alle Lebensbereiche umfassen, ist in Tabelle 8 zu finden.

Tabelle 8

Domänen der Aktivitäten und Teilhabe

Domäne
Lernen und Wissensanwendung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
Kommunikation
Mobilität
Selbstversorgung
Häusliches Leben
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Bedeutende Lebensbereiche
Gemeinschafts-, soziales- und staatsbürgerliches Leben

Literaturverzeichnis Anhang

- Barry, B. (2002). Social Exclusion, Social Isolation, and the Distribution of Income. In J., Hills, J., Le Grand & D., Piachaud (Hrsg.), *Understanding Social Exclusion* (S. 13-29). Oxford: Oxford University Press.
- Kubny- Lüke, B. (2009). *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Formular zur kritischen Besprechung quantitativer Studien*. McMaster Universität.
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form – Qualitative Studies* (Version 2.0). McMaster University.
- Rimmerman, A. (2013). *Social Inclusion of People with Disabilities: National and International Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.